FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969

THESE

N° 523

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Philippe, Armand, Edouard, Jean BOUCHER

né le 13 Octobre 1942 à PARIS VIII

Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

PROPHYLAXIE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT.

Président : Mr. Jean BOYER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Philippe, Armand, Edouard, Jean BOUCHER

né le 13 Octobre 1942 à PARIS VIII

Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

PROPHYLAXIE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT.

Président : Mr. Jean BOYER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

1er/3/1968

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale (à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LŒPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)

	MM.
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et deontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)

		MM.
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
à titre personnel (hématologie)		ANDRÉ (R.)
— — —		BOUSSER (J.)
— — —		DREYFUS (B.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	PÉQUIGNOT (H.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
	—	CONTE (M.)
	—	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique medicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin)		DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Laribolsière)		BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)		RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)		WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch.)
à titre personnel		GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)		HAMBURGER (J.)
à titre personnel		RICHET (G.)
— —		CROSNIER (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)		BRISSAUD (H.)
à titre personnel		LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		THIEFFRY (S.)
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)		LAPLANE (R.)
à titre personnel		POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BROUET (G.)
à titre personnel		KREIS (B.)
— —		MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice		GROSSIORD (A.)
Electroradiologie		LEDOUX-LEBARD (M.)
—		LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale		DESGREZ (H.)
à titre personnel		FISCHGOLD (H.)
— —		TUBIANA (M.)
— —		CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Laribolsière)		SÈZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)		GAULTIER (M.)

2e CHIRURGIE

Anesthésiologie . . . . . VOURC'H (G.)

Pathologie chirurgicale . . . . . LAURENCE (G.)
— — . . . . . KUSS (R.)
— — . . . . . N...
à titre personnel . . . . . RAMADIER (J.)

Physiologie et pathologie obstétricales . . . . . MORIN (P.)

Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale . . . . . MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy) . . . . . DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) . . . . . REDON (H.)
à titre personnel . . . . . BRÉHANT (J.)

Cliniques chirurgicales
- Beaujon . . . . . LORTAT-JACOB (J.-L.)
- — . . . . . BAUMANN (J.)
- Cochin . . . . . LÉGER (L.)
- Hôtel-Dieu . . . . . PATEL (J.)
- Saint-Antoine . . . . . GOSSET (J.)
- Salpêtrière . . . . . SICARD (A.)
- Tenon . . . . . OLIVIER (Cl.)

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . . . . . ROUX (M.)

Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) . . . . . POILLEUX (F.)
— — — (Saint-Louis) . . . . . DEBEYRE (J.)

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) . . . . . MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — — (Foch) . . . . . PADOVANI (P.)
— — — — (Beaujon) . . . . . CAUCHOIX (J.)

Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré) . . . . . JUDET (R.)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) . . . . . FÈVRE (M.)
à titre personnel . . . . . CHIGOT (P.-L.)

Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) . . . . . DUBOST (Ch.)

Clinique de chirurgie thoracique (Laennec) . . . . . MATHEY (J.)
à titre personnel . . . . . GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)

Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) . . . . . HUGUIER (J.)

Clinique obstétricale (Baudelocque) . . . . . LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine) . . . . . MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) . . . . . YARANGOT (J.)

Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) . . . . . DAVID (M.)
à titre personnel . . . . . LESEAU (J.)

Clinique ophtalmologique (Cochin) . . . . . BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu) . . . . . OFFRET (G.)

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . . . . . AUBRY (M.)

Clinique stomatologique (Salpêtrière) . . . . . CERNEA (P.)

Clinique urologique (Cochin) . . . . . ABOULKER (P.)
— — (Necker) . . . . . COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (B.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.)
Médecine légale	CECCAL P.) HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque. Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mme FORGET (F.), Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538115_0073

A ma Femme, dont l'aide et le dévouement m'ont été précieux pendant la rédaction de cette thèse.

A mon Fils, Christian

A mes Parents qui ont toujours encouragé la réalisation de mes aspirations par une affection sans faille et une sollicitude attentive.

A mes Beaux Parents qui ont permis l'heureux échèvement de mes études grâce à leur compréhension bienveillante et à leurs sentiments affectueux.

A la mémoire de mes Grands Parents

Meis et Amicis

A mon Maître, Monsieur le Docteur Jean BOYER

Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive
à la Faculté de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie Nationale de Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur,

qui a bien voulu m'inspirer le sujet de cette thèse, m'aider de ses précieux conseils au cours de sa rédaction et me faire le très grand honneur d'en accepter la présidence.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage respectueux de ma profonde reconnaissance pour son enseignement et l'intérêt bienveillant qu'il a toujours bien voulu me porter.

A Monsieur le Docteur Roger RULLIERE

Médecin des Hôpitaux de Paris

En hommage respectueux à l'enseignement vigoureux mais passionnant qu'il a bien voulu me prodiguer avec beaucoup d'affection.

A Monsieur le Docteur Henri GLASER

Ancien Chef de Clinique, Assistant des Hôpitaux de Paris

qui a accepté patiemment de m'initier avec une extrême compétence, à la pratique de la chirurgie et de l'obstétrique sans jamais me laisser oublier ni les vertus de l'acte bien accompli ni la grandeur de notre profession

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Docteur Claude ROUVILLOIS
Monsieur le Professeur Jean Marie VERNE (in memoriam)
Monsieur le Professeur Maurice BARIETY
Monsieur le Professeur Louis JUSTIN BESANCON
Monsieur le Docteur Jacques SALET
Monsieur le Professeur Jean BERNARD
Monsieur le Docteur Jean NOUAILLE

En hommage très respectueux.

PLAN

- INTRODUCTION

I - GENERALITES

A - Situation avant l'ère vaccinale
B - Moyens d'appréciation de la diffusion des germes pathogènes
C - Influence des progrès de l'hygiène sur la diffusion des germes pathogènes par voie aérienne
D - Influence des mesures d'hygiène sur la diffusion des germes pathogènes dans les maladies transmises par l'eau et les aliments:
E - Porteurs de germes
F - Immunité
G - Terrain

II - PRINCIPES DE PROPHYLAXIE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEM

III - CONDUITE PRATIQUE DE LA PROPHYLAXIE DES MALAD INFECTIEUSES DANS LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEM

A - Maladies éruptives communes
B - Streptococcies du groupe A
C - Maladies non éruptives communes
D - Autres maladies infectieuses

- CONCLUSION

oOo

INTRODUCTION

La prévention des maladies infectieuses était jadis l'essentiel de la médecine préventive scolaire. Depuis lors, l'hygiène alimentaire et surtout l'hygiène mentale de l'écolier se sont développées considérablement. Mais la médecine se renouvelle comme toute science en évolution. Depuis la diffusion de certains vaccins, comme le vaccin anti-poliomyélitique, depuis la découverte des sulfamides et des antibiotiques fungiques, la prévention de ces maladies devient plus active. Certaines, comme la diphtérie par exemple, sont maintenant rares. D'autres, comme la scarlatine, sont beaucoup moins redoutées. Enfin la notion de maladies inévitables s'affirme si bien que, dans certains cas, l'abstention en matière de prophylaxie semble s'imposer.

Devant ce changement qui, peu à peu, se concrétisera par le renouvellement des textes réglementaires, il semble nécessaire de faire le point avec les idées nouvelles dont nous allons parler sans revenir sur les points déjà connus et toujours valables.

oOo

- I -

GENERALITES

Les progrès de l'hygiène ont modifié l'importance relative de certains modes de transmission des maladies contagieuses au profit d'autres; ils ont même, dans quelques cas, provoqué une raréfaction considérable des germes pathogènes. Insistons tout de suite sur un point : le recul de la morbidité ne vas pas toujours de paire avec cette diminution des agents pathogènes.

A - SITUATION AVANT L'ERE VACCINALE

Au cours d'une vie normale, avec un peu de chance, des individus échappaient, avant l'ère vaccinale à certaines infections redoutables comme la variole, le typhus ou le choléra par exemple. Puisqu'elles étaient déjà évitables, la raréfaction des germes pathogènes responsables amenuisait encore les risques d'épidémie.

En revanche, toujours avant l'ère vaccinale, un second groupe de maladies infectieuses, beaucoup plus nombreuses que les précédentes, n'épargnaient personne au cours de l'existence. Citons comme exemple : la tuberculose de primo-infection.

Depuis longtemps les cliniciens avaient individualisé chacune de ces infections. Ils savaient reconnaître leurs formes typiques et leurs variétés cliniques atténuées. Au début de ce siècle, Charles NICOLLE, à l'aide de ses travaux sur le typhus exanthématique, réussit à démontrer l'existence de formes inapparentes de ces maladies infectieuses. Il prouva également qu'elles étaient bien plus fréquentes que les variétés patentes typiques et qu'elles conféraient l'immunité, ce qui est capital. Plus tard, la découverte de SHICK apporta la preuve tangible qu'un pourcentage important d'adultes, déclarant ne pas avoir contracté la diphtérie dans l'enfance, étaient en fait immunisés contre elle comme le prouvait la positivité de la réaction de SHICK pratiquée sur eux.

Les individus croyant avoir échappé à la tuberculose infection, à la scarlatine ou aux oreillons, par exemple, se trouvaient dans la même situation, puisque ces infections étaient inévitables au cours d'une vie normale.

En 1951, Les professeurs LEPINE et BOYER réussirent à démontrer que la poliomyélite infection se classait également parmi les maladies inévitables. Onze ans plus tard, en 1962, le Professeur BOYER prouva que l'hépatite à virus A pouvait également être incluse dans ce groupe.

B - MOYENS D'APPRECIATION DE LA DIFFUSION DES GERMES PATHOGENES

1 - Dans le cas des maladies évitables :

La morbidité renseignait approximativement sur la diffusion des germes pathogènes. On pouvait ainsi suivre aisément sur un atlas l'extension des diverses épidémies de choléra pendant le siècle dernier. Ces maladies étaient si contagieuses que tout sujet réceptif, en contact avec un malade, était très souvent atteint, ce qui permettait de connaître facilement la diffusion du germe.

Actuellement, cette estimation est plus imprécise depuis la généralisation des vaccinations préventives.

2 - Dans le cas des maladies inévitables :

On ne peut plus, depuis les découvertes de NICOLLE, se fonder sur la morbidité qui ne tient aucun compte des formes inapparentes. Les épidémiologistes ont constaté qu'une maladie survient d'autant plus tôt dans la vie que les risques de transmission sont grands. C'est donc l'âge moyen d'apparition de la maladie qui va être pour ce groupe d'infections, un des critères indirects utilisables. Prenons l'exemple de la tuberculose infection objectivée par le virage des réactions tuberculiniques. Avant la pratique du B.C.G., ce virage avait lieu plus tôt chez les écoliers des villes où les risques de transmission sont grands, que chez les enfants élevés à la campagne. DE BENEDETTI et ses collaborateurs étudièrent le pourcentage de cuti-négatives chez les conscrits de 1937. Ils les partagèrent en deux groupes selon qu'ils venaient d'une région urbaine ou de la campagne :

- nombre total de soldats examinés : 2.155
- nombre de cuti-négatives : 731 soit 33,95 %
- Soldats originaires des milieux urbains : 1.529
  25;5 % avaient une cuti négative

- soldats originaires de la campagne : 626
  54,25 % avaient une cuti négative.

La primo-infection tuberculeuse avait épargné environ la moitié des conscrits originaires d'un milieu rural alors que le quart seulement des soldats venant de la ville était indemne.

Les risques de transmission d'une maladie peuvent être modifiés par la différence entre sa contagiosité et la possibilité de diffusion du germe pathogène responsable. Par exemple, un écolier coquelucheux à la période préquinteuse ne paraît pas malade, il continue à sortir en dispersant ainsi la coqueluche dans les jardins publics. En revanche, l'écolier qui a contracté la rougeole garde la chambre dès la période d'invasion, empêchant ainsi toute dissémination. Pour cette raison, la rougeole pourtant plus contagieuse que la coqueluche survient après elle, en général.

Il existe une autre moyen, récemment mis au point, pour apprécier la diffusion des germes pathogènes dans le cas des infections inévitables : c'est la pratique plus ou moins systématique des recherches sérologiques. Une maladie infectieuse peut en effet passer cliniquement inaperçue mais elle laisse toujours une empreinte sérologique durable. L'application pratique la plus intéressante actuellement est le dépistage des institutrices réceptives à la rubéole : celles-ci risquent en effet d'être contaminées par leurs élèves au début d'une éventuelle grossesse, si une épidémie de rubéole survient dans leur classe.

Il est important de souligner que, seul, l'âge moyen d'apparition de l'hépatite à virus A, dans un pays et dans une population donnés, peut renseigner sur la diffusion de ce virus. En effet, il n'a pas encore été découvert et toute réaction sérologique est donc irréalisable.

C - INFLUENCE DES PROGRES DE L'HYGIENE SUR LA DIFFUSION DES GERMES PATHOGENES PAR VOIE AERIENNE.

Si une vaccination contre les infections à transmission directe n'existe pas, ou si elle est peu pratiquée, l'hygièniste est assez désarmé vis-à-vis de ces maladies se propageant par voie aérienne. La variole et la diphtérie qui se transmettent ainsi, ont presque disparu parce que les vaccinations préventives spécifiques sont effectuées correctement. A l'inverse, bien qu'il existe une vaccination récente et encore rarement effectuée contre la rougeole, l'âge moyen d'apparition de cette maladie n'a guère varié, malgré les progrès de l'hygiène. L'heureux effet obtenu grâce aux gamma-globulines est neutralisé par le désastreux résultat de la concentration des populations, et le nombre très élevé d'écoliers par classe, dans les zones urbaines.

Les ruraux sont contaminés moins précocement que les habitants des villes par les infections à transmission directe : un rougeoleux adulte est, à coup sûr, originaire de la campagne. En france dans les villes, 73 % des enfants ont eu la rougeole avant 6 ans contre seulement 45 % dans les régions rurales.

L'âge moyen d'apparition du virage des réactions tuberculiniques chez les sujets non vaccinés tend à rejoindre, à l'heure actuelle, celui des ruraux : la prémunition par le B.C.G., le traitement intense, quotidien et continu des malades isolés en milieu spécialisé, les anti bacillaires très actifs ont permis la raréfaction du bacille de KOCH.

Il est donc impossible de diminuer notablement le nombre des germes pathogènes responsables des maladies à transmission aérienne si on ne peut leur opposer ni vaccination ni mesure prophylactique efficace .

D - INFLUENCE DES MESURES D HYGIENE SUR LA DIFFUSION DES GERMES PATHOGENES DANS LES MALADIES TRANSMISES PAR L'EAU ET LES ALIMENTS.

Les mesures d'hygiène publique (évacuation des ordures ménagères, égouts, généralisation de l'eau potable...) l'hygiène collective et individuelle ont permis le recul du "péril fécal" de façon notable, surtout dans les agglomérations urbaines. La mortalité infantile qui atteignait un maximum au mois d'août à cause des maladies transmises par l'eau et les aliments, reste maximale seulement en période hiverno-vernale, à cause des infections à transmission directes. Contre celles-ci, nous venons de le voir, les mesures prophylactiques sont peu efficaces.

Il faut distinguer, parmi les maladies d'origine digestive celles dues à des germes figurés, comme la fièvre typhoïde, de celles provoquées par des entéro-virus, comme l'hépatite à virus A. En effet, les infections typho-paratyphoïdiques deviennent de plus en plus rares en raison des progrès de l'hygiène : on utilise des engrais chimiques, et non plus du fumier pour traiter les légumes verts, on pasteurise le lait et le beurre, on répand l'eau potable. Quelques cas de dothienentérie s'observent en France après consommation de coquillages contaminés. La raréfaction du germe pathogène signifie, dans cette éventualité, réduction de la morbidité due à cette maladie, en outre parfaitement curable par des antibiotiques spécifiques. En ce qui concerne les maladies provoquées par des entéro-virus, telle l'hépatite à virus A la raréfaction du virus, grâce aux mesures d'hygiène, n'a pas eu du tout les mêmes conséquences que précédemment sur la morbidité.

En 1951, Les professeurs LEPINE et BOYER avaient déjà démontré au XXXI Congrès d'Hygiène que la raréfaction du virus poliomyélitique grâce à la régression du péril fécal ne s'accompagnait pas d'un recul de la morbidité par poliomyélite bien au contraire. C'est seulement en 1962 que le Professeur BOYER put prouver qu'il en était de même pour l'hépatite à virus A. Avant l'ère vaccinale, la poliomyélite devenait un fléau principalement dans les pays où l'hygiène était très développée. Ce fait paradoxal seulement en apparence, résultait directement de la victoire obtenue sur le péril fécal. En effet, au lieu de s'immuniser dès le plus jeune âge contre cette infection, alors inévitable, grâce à plusieurs poliomyélite-infections rarement paralysantes à cet âge, les individus finissaient par être infectés à l'adolescence. A ce moment là, on redoutait l'apparition d'une forme paralytique chez un nombre beaucoup plus grand de sujets.

Les progrès de l'hygiène retardaient donc l'infection des individus réceptifs ce qui produisait un effet désastreux sur la morbidité. La vaccination anti-poliomyélitique permet maintenant d'éviter ces catastrophes, comme en témoignent les chiffres du tableau page 7.

En 1951, il fut difficile de faire admettre que les mesures d'hygiène intensives provoquaient la recrudescence de la poliomyélite, maladie paralysante. Il s'agissait alors d'une idée d'avant-garde. En 1962, Le Professeur BOYER se heurta à moins de réticences en démontrant, grâce à un foyer d'hépatite à virus A, qu'il en était de même pour cette maladie, confirmant ainsi l'idée émise onze ans plus tôt, à propos de la poliomyélite. Actuellement, le virus de l'hépatite épidémique n'est pas encore découvert. On se trouve donc dans la même situation, vis-à-vis de cette infection inévitable, qu'en face de la poliomyélite, avant l'ère vaccinale. Dans un établissement hélio-marin de la région d'Hendaye, le Professeur BOYER fut invité à donner son avis sur une endémie d'hépatite virale qui persistait depuis une quinzaine d'années dans cet établissement de l'Assistance Publique, malgré toutes les mesures prophylactiques mises en pratique. Sur les 1100 admissions annuelles d'écoliers venant tous de la région parisienne, on déplorait chaque année une soixantaine de cas d'hépatite à virus A. Une enquête approfondie auprès du personnel de l'établissement et des médecins de la région permit à notre Maître de remarquer que 95 % environ des ictères épidémiques survenant dans cette région, atteignaient les enfants et que cette maladie était rarissime chez les adultes.

L'infection était diffuse dans tous les pavillons de l'établissement et l'enquête soigneuse permit de découvrir les facteurs responsables de l'entretien de ce foyer endémique : la plage et la cantine.

Poliomyélite	1952	1953	1954	1957	1962	1963	1964	1965
		Avant Vaccination			Vaccin inactivé →		Vaccin Atténué →	
ETATS UNIS	58.879				910			59
CANADA	4.755				89		21	
SUEDE		5090				(2)		
AUSTRALIE			1.906				23	
FRANCE				4.109				290

Les écoliers, en effet, jouaient dans les rochers où ils ramassaient des coquillages infectés par le déversement de l'égoût de l'établissement non loin de là. Si les formes typiques de la maladie étaient rares, mais seules diagnostiquées (60 cas par an), en revanche, les très nombreux porteurs sains de virus éliminaient par leurs selles une quantité importante de germes qui étaient déversés par l'égoût sur cette plage.

Les salades étaient par ailleurs souillées, comme l'a montré la cessation brusque d'une épidémie d'hépatite à virus sévissant depuis plus de dix ans dans un établissement voisin, à la suite de la pratique de la désinfection chlorée de ces légumes. Les causes découvertes, quelles mesures prophylactiques devaient être prises? A la grande surprise de l'administration de l'établissement, le Professeur BOYER décida de n'en prendre aucune. Il fallait, en effet, accepter le risque de ces soixante cas bénins dans la très grande majorité des cas chez l'enfant de façon à favoriser une immunité plus ou moins oculte à l'âge scolaire, chez tous les écoliers fréquentant cet établissement. On évitait ainsi à ces écoliers que cette maladie inévitable se déclare plus tard avec la probabilité des graves complications que l'on connait. Rappelons qu'il n'existe encore actuellement aucun traitement efficace contre l'hépatite à virus A, si c'est le cas pour la typhoïde, ni aucune mesure prophylactique permettant d'éviter cette infection virale. En prenant cette décision de l'abstention prophylactique, à l'âge scolaire, le professeur BOYER envisageait l'intérêt à long terme des enfants. Toute mesure prise pour avoir "l'air de faire quelque chose" n'aurait eu qu'un effet illusoire, transitoire et peu souhaitable pour l'avenir puisqu'elle prolongerait la réceptivité vis à vis de cette infection inévitable. Cette mesure purement psychologique n'a aucun intérêt prophylactique et va même à l'encontre de l'effet désiré à longue échéance.

L'attitude prophylactique à adopter dans les établissements scolaires doit être toujours guidée par les avantages éloignés, dont l'écolier profitera à un âge plus avancé, et non pas par le désir d'obtenir des résultats seulement à court terme.

E - PORTEURS DE GERMES

Les porteurs précoces de germes ne peuvent pas être dépistés ni isolés suffisamment tôt pour éviter toute contagion. Par exemple la rubéole commence à devenir contagieuse avant l'éruption. De même, la rhinopharyngite méningococcique est toujours contagieuse mais peut passer inaperçue en tant qu'affection méningococcique. C'est seulement lorsque survient une complication, heureusement rare, la méningite cérébro-spinale que l'on peut faire, a posteriori, la relation de cause à effet. Dans les deux exemples cités,

les écoliers ont déjà contaminé soit leurs camarades de classe, soit leur entourage avant que toute mesure prophylactique efficace puisse être entreprise.

Les porteurs sains sont, en théorie, faciles à démasquer, mais dans la pratique, pour que ce dépistage ait de la valeur, il faudrait le pratiquer sur un grand nombre d'écoliers, dans plusieurs classes de l'établissement, à maintes reprises pour éviter toute erreur en plus ou en moins. Le coût d'une telle opération serait, prohibitif d'autant plus que la réglementation scolaire ne prévoit pas l'éviction des porteurs sains de germes : ce serait donc, en plus, une mesure inutile. La clinique permet souvent le dépistage précoce des formes débutantes et celui des formes frustes. Elle serait d'une grande utilité si les visites des écoliers pouvaient être quotidiennement effectuées, en cas d'épidémie par le médecin attaché à l'établissement scolaire. Malheureusement la pénurie des médecins des écoles rend cette mesure pratiquement irréalisable.

F - IMMUNITE

Les écoliers peuvent acquérir (ou avoir acquis) l'immunité contre les maladies infectieuses de plusieurs façons :

L'immunité d'origine génétique est de plus en plus controversée à mesure que la notion de fréquence des immunisations acquises de façon inapparente prend plus d'ampleur dans les esprits.

Passivement, le passage transplacentaire des IgG globulines d'origine maternelle protège le nourrisson jusqu'au sixième mois contre certaines affections que la mère a contractées ou dont elle a été protégée par une vaccination correcte. Ceci est intéressant dans les crèches mais avec la restriction suivante concernant la coqueluche, maladie grave chez le nourrisson : en effet, cette affection procure déjà peu d'immunité à l'écolier qui vient d'en être atteint. C'est dire que le nourrisson, dont la mère a eu la coqueluche à l'âge scolaire, ne sera pas protégé. Soulignons aussi l'intérêt de commencer cette vaccination dès le troisième mois de la vie, surtout si le nourrisson est amené à fréquenter la crèche. D'autre part, le nouveau-né ne sera absolument pas garanti contre les maladies infectieuses survenues chez sa mère qui ne provoquent pas la formation d'anticorps circulants (tuberculose par exemple).

Les gamma globulines (standards ou spécifiques) ne peuvent jamais remplacer avantageusement une vaccination correcte, lorsque cette dernière existe. Ceci est valable aussi bien à l'âge préscolaire qu'à l'âge scolaire. Les gamma-globulines n'ont qu'un intérêt à court terme, ce qui oblige à les renouveler périodiquement

tant que durent les risques de contagion, entraînant ainsi des frais élevés. Il serait préférable de donner la possibilité aux médecins scolaires d'exiger les certificats de vaccinations obligatoires pour admettre un enfant dans un établissement d'enseignement. Nous verrons les problèmes soulevés par cette mesure souhaitable. On pourrait également recommander aux familles de faire pratiquer chez leurs enfants d'âge pré scolaire, les vaccinations facultatives intéressantes comme celle contre la rougeole, par exemple.

Activement un sujet peut s'immuniser de plusieurs façons. Certes la maladie peut protéger ultérieurement contre une réinfection mais d'une part, ce n'est pas toujours le cas (tétanos, coqueluche) et d'autre part, nous n'envisageons que la prophylaxie. La pratique correcte des vaccinations existantes est la seule garantie efficace contre les infections qu'elles concernent. On étudie actuellement plusieurs vaccinations contre des maladies virales (rubéole, oreillons par exemple) de façon à restreindre de plus en plus le nombre de celles contre lesquelles n'existe aucune protection efficiente, à l'heure actuelle.

En troisième lieu, l'immunité peut être activement fournie de façon occulte par les infections inapparentes qui sont immunisantes. Nous l'avons déjà vu. Une immunisation occulte à l'âge scolaire protègera l'écolier lorsqu'il atteindra l'adolescence puis l'âge adulte.

Pour terminer ce paragraphe, résumons le calendrier des vaccinations préventives, clef de voûte de la prophylaxie des maladies infectieuses dans les établissements d'enseignement :

- On doit vacciner les enfants pour la première fois contre la variole, pendant leur première année de vie (soit un succès, soit trois tentatives négatives répétées à une semaine d'intervalle les unes des autres). Le rappel obligatoire dans la onzième année intéresse la médecine scolaire tandis que le rappel dans la vingt et unième année est du domaine de la médecine universitaire ou militaire. En cas d'épidémie on revaccine les écoliers dont la vaccination date de plus de trois ans et ceux dont le succès vaccinal n'a pas été obtenu malgré les trois tentatives prévues par la loi.

- C'est avant le 18eme mois que tout enfant doit être vacciné contre la diphtérie et le tétanos ainsi que contre la poliomyélite. La loi oblige également les sujets âgés de moins de trente ans à se faire vacciner s'ils ne l'ont jamais été. Ceci peut intéresser les jeunes instituteurs encore réceptifs à la poliomyélite

- Le B.C.G. est obligatoire pour les enfants du premier et du deuxième âge placés en crèches et pour les enfants d'âge scolaire fréquentant les établissements d'enseignement.

- Une vaccination non obligatoire semble avoir actuellement la faveur du public : c'est celle contre la coqueluche intéressante surtout dans les crèches et à l'école maternelle.

On pratique moins la vaccination anti typho-paratyphoïdique dans l'enfance car la gravité de la maladie diminue. Il existe une antibiothérapie très active.

G - TERRAIN

Dans tous les domaines de la pathologie, le "terrain", c'est-à-dire, en fait, les conditions individuelles de réaction de chaque sujet devant une maladie, joue un très grand rôle. La pathologie infectieuse n'échappe pas à cette règle.

- L'âge d'apparition d'une maladie infectieuse est important à considérer. En effet, il n'est pas indifférent pour un enfant de contracter par exemple la rougeole, à n'importe quel âge. Au cours de la période scolaire, cette maladie est bénigne mais, chez le nourrisson, il s'agit d'une maladie grave, au même titre que la coqueluche. Les médecins ont tout intérêt à prendre des dispositions de prophylaxie sévères dans les crèches et à l'école maternelle, pour éviter la propagation de ces deux maladies. En revanche, à l'âge scolaire, il n'y a aucune raison de s'opposer à leur dissémination. La scarlatine peut frapper des élèves juste avant un examen, ce qui serait peu souhaitable, surtout dans les classes terminales. Les écoliers doivent contracter les oreillons avant la puberté tant que la vaccination n'est pas au point. Le même problème se pose actuellement pour les fillettes vis à vis de la rubéole.

- L'état de santé de l'écolier doit être considéré également car la maladie infectieuse va parfois, chez un sujet déficient, provoquer des complications graves. Il s'agit d'écoliers atteints d'une tare telle que le diabète, ou d'une maladie acquise telle qu'un rhumatisme chronique de l'enfant, traité par les corticoïdes au long cours. Nous reviendrons sur les problèmes posés par les contre-indications vaccinales abusives exposant les écoliers à une infection grave et les difficultés soulevées par certains traitements comme les dérivés de la cortisone.

Nous allons pouvoir maintenant envisager sous un jour nouveau la prophylaxie des maladies contagieuses dans les établissements scolaires.

oOo

- II -

PRINCIPES DE PROPHYLAXIE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT.

Avant de passer en revue les mesures réglementaires concernant la prophylaxie des maladies infectieuses dans les établissements d'enseignement, la question suivante peut venir à l'esprit :

Rendons nous toujours service aux écoliers lorsque nous cherchons à éviter la propagation des maladies contagieuses dans les collectivités scolaires? Il s'agit là, en fait d'une question capitale, paradoxale seulement en apparence, qui doit guider la mise à jour de la réglementation, notamment en ce qui concerne les évictions scolaires. Quelques exemples vont en démontrer le bien fondé.

- La coqueluche, infection inévitable avant la vaccination, risquait de tuer un grand nombre de nourrissons et n'était pas inoffensive à la maternelle. En effet, selon le Professeur BOYER, le pourcentage des décès par coqueluche se répartissait comme suit :

- 71,5 % dans la première année de la vie,
- 27 % entre un et quatre ans,
- 1,5 % au dessus de cinq ans.

Il est donc utile, à l'âge scolaire, de prendre des mesures sévères à l'encontre de cette maladie qui est alors bénigne.

- La rougeole pose les mêmes problèmes à l'âge pré-scolaire Pour protéger les enfants à la maternelle contre ces deux maladies, les vaccinations existent et sont conseillées vivement aux enfants vivant en collectivité.

La rougeole, en outre, est parfaitement inopportune, en classes terminales, où elle risque de gêner les élèves au moment de leurs examens. Une période favorable pour contracter cette maladie inévitable semble se placer entre sept et dix ans, tant que la vaccination ne sera pas généralisée. Il n'est donc pas nécessaire de s'opposer

à la contagion de la rougeole et de la coqueluche, à l'âge scolaire.

- Nous avons parlé de la poliomyélite infection et de l'hépatite à virus A, nous allons en rapprocher deux maladies dont les vaccins sont actuellement à l'étude : les oreillons et la rubéole. S'opposer à ce que les écoliers ou les écolières contractent avant la puberté ces maladies inévitables, c'est les exposer à en être atteints à l'adolescence avec les risques particuliers que nous développerons plus loin, en étudiant chacune de ces infections. Malgré tout ce que l'on peut voir écrit, mettre en contact une petite fille d'âge scolaire avec une autre ayant la rubéole, c'est rendre à cette écolière un service à long terme. Certes, le danger de complications existe, mais d'une part il est exceptionnel soulignons le, et d'autre part, la maladie étant inévitable, si la complication doit frapper cette enfant, elle surviendra tôt ou tard au moment du contage. Aucune mesure efficace ne permet, en effet à l'heure actuelle, d'empêcher une infection à transmission directe, lorsque la vaccination spécifique n'existe pas.

Ce contage provoqué est assez difficile à faire admettre aussi bien aux parents d'élèves qu'aux directeurs d'établissements, ainsi qu'aux membres du personnel enseignant. La réputation d'un établissement scolaire peut souffrir, injustement d'ailleurs, d'une épidémie d'oreillons par exemple, parce que le directeur n'aura pas fait quelque chose". Or c'est bien l'intérêt à long terme des écoliers de profiter de cette contamination pour s'immuniser solidement.

Ils ne risquent pas ainsi de contracter cette infection au moment du baccalauréat, par exemple, ce qui ruinerait leur année d'une part, et d'autre part ce qui pourrait mettre en jeu leur avenir matrimonial.

Mis à part certains cas très particuliers et forts rares, l'excès de prévention des maladies infectieuses à l'âge scolaire est donc une mesure nuisibles aux écoliers, même si certaines décisions semblent s'imposer à cause de pressions extérieures sur la direction de l'établissement. On imagine assez bien la surprise du directeur de l'établissement hélio-marin d'Hendaye qui cherchait depuis quinze ans la cause de cette épidémie d'ictères viraux, qui a la joie de la voir découverte et qui s'entend conseiller de ne rien tenter pour l'enrayer. L'intérêt des écoliers (et celui-ci doit être envisagé à long terme), devra toujours dominer la pensée de l'hygiéniste en matière de prophylaxie scolaire.

1 - Voyons maintenant ce qui concerne le licenciement d'une classe. Cette mesure ne devrait jamais être prise pour des raisons médicales car elle n'a aucun fondement prophylactique. Ceci étant dit, précisons les modalités légales l'autorisant :

- A l'école maternelle, c'est le Préfet qui décide le licenciement d'une classe sur proposition du Maire,

- Dans le second degré, c'est le Recteur, après accord avec la Direction d'Action Sanitaire et Sociale, qui prend cette décision.

Opposons maintenant deux éventualités :

a) - avant l'ère vaccinale, si une épidémie de poliomyélite, par exemple éclatait dans une classe, on licenciait celle-ci. Que se passait-il alors ? Les écoliers réceptifs étaient contaminés, malgré cette mesure, au contact d'autres enfants atteints puisque le licenciement de la classe n'empêchait pas les écoliers de jouer entre eux. Il n'enrayait donc pas l'épidémie et n'avait déjà aucun fondement prophylactique. En outre, le médecin attaché à l'établissement scolaire ne pouvait plus pratiquer l'indispensable dépistage clinique des formes frustes ou débutantes servant à immobiliser d'urgence les écoliers présentant : céphalées et myalgies suspectes, en vue d'essayer de leur éviter les complications.

- Actuellement, dans un cas semblable, il est nécessaire et suffisant de pratiquer une injection de rappel aux écoliers déjà vaccinés correctement et d'immuniser d'urgence les enfants réceptifs à l'aide du vaccin buccal contenant de préférence, les virus de la souche responsable de l'épidémie. Si le licenciement de la classe est par malheur prononcé, il devient très difficile, d'appliquer de façon correcte et coordonnées ces mesures prophylactiques indispensables. Pour ces raisons le directeur d'un établissement scolaire ne doit jamais demander dans ce cas le licenciement de la classe.

b) - En ce qui concerne la grippe épidémique, problème sur lequel nous reviendrons, le licenciement de la classe peut enteriner un état de fait, si l'épidémie a atteint les professeurs et la plupart des élèves. Aucune raison médicale n'entre alors en jeu dans la décision purement administrative.

2 - La désinfection de la classe est entreprise seulement pour des raisons psychologiques.

Dans les maladies à transmission directe, l'agent pathogène succombe rapidement hors de l'organisme ce qui rend superflue toute désinfection. La rougeole se transmet seulement de façon directe pour cette raison.

Par exemple , la pénicillino - prévention individuelle assurera la meilleure désinfection possible en cas de scarlatine. Le rappel d'une vaccination obligatoire sera la mesure la plus bénéfique en cas d'épidémie de diphtérie par exemple. A no-

ter que les écoliers vaccinés peuvent très bien être porteurs sains de virus et ainsi réinfecter la classe aussitôt après désinfection.

En ce qui concerne les maladies à transmission indirecte, le germe est très résistant dans le milieu extérieur, la désinfection de la classe et des cuvettes de W.C. ne tient pas compte des innombrables écoliers porteurs de virus, non décelables, qui s'empressent, là encore, de réinfecter les locaux désinfectés. Cette remarque a autant de valeur pour l'hépatite à virus A que pour la poliomyélite-infection. P. LEPINE a démontré que les porteurs de virus, en cas de poliomyélite-infection, sont contagieux pendant un temps plus long que les malades. Ce fait met en évidence la vanité de toute désinfection. En admettant même qu'elle puisse être correcte, efficace et quotidienne, on risque toujours d'en décider l'arrêt avant que les porteurs de germes cessent d'être contagieux.

La désinfection des locaux est une des mesures prophylactiques qui deviennent psychologiques. On tend à la supprimer.

3 - L'éviction scolaire, principale mesure de prophylaxie dans les établissements d'enseignement, a subi des modifications en 1961 et en 1964. Actuellement un projet tendant à moderniser les textes réglementaires est à l'étude.

L'éviction concerne, non seulement l'écolier malade, mais aussi "les frères et soeurs" de celui-ci. Pour éviter toute confusion, précisons que la réglementation englobe en fait, dans cette dénomination restrictive, tous les enfants qui vivent dans le même foyer que l'écolier malade. Le lien de parenté ne signifie rien en face du péril contagieux. Nous emploierons donc l'expression "enfants vivants au foyer" dans le reste de l'exposé.

Examinons d'abord l'attitude à adopter à l'encontre de l'écolier malade. Lorsqu'il sera suffisamment rétabli, il pourra retourner à l'école dans un grand nombre de cas. Souvent la réglementation prévoit un délai forfaitaire d'éviction scolaire qui peut même, pour certaines infections et sous certaines conditions, être réduit. Les agents pathogènes peuvent continuer à être éliminés par l'écolier pendant un temps supérieur à la durée légale prévue. Dans ce cas, l'écolier en reprenant la fréquentation scolaire, pourra transmettre une maladie inévitable qu'il faut contracter à l'âge scolaire et aucun problème de prophylaxie ne se posera, dans la majorité des cas.

Pour l'éviction des enfants vivant au foyer, on tenait compte, jadis, de la durée maxima d'incubation de la maladie à partir du jour où l'écolier infecté avait été isolé de ces autres enfants. On tend à supprimer dans certains cas cette éviction car elle n'a pas de justification sur le plan prophylactique, comme nous le verrons et que les programmes scolaires sont surchargés. L'absentéisme peut

avoir des répercussions sur l'avenir scolaire de l'enfant. De plus, certaines vaccinations étant obligatoires, l'éviction des enfants vivant au foyer n'est absolument plus justifiée pour la diphtérie, par exemple ou pour tout autre maladie concernée par l'obligation vaccinale. Les vaccinations devraient être correctement effectuées. On peut ajouter que les écoliers ayant déjà contracté antérieurement une maladie sont immunisés contre elle. Il est donc illogique de les écarter de l'école, lorsqu'un foyer provoqué par cette même infection éclate dans leur entourage. Or, la réglementation actuelle ne prévoit pas cette hypothèse pour la scarlatine par exemple. Bien mieux, les mesures concernant l'éviction des enfants vivant au foyer dans cette éventualité ont été renforcées en juillet 1964, lors de la modification du décret de 1961. Devant un foyer de méningite cérébro-spinale, on écarte de l'école les enfants vivant au foyer sans faire subir d'éviction aux écoliers porteurs sains de germes qui existent sûrement dans la classe, où a éclaté l'épidémie, et même dans les autres classes. Ces écoliers continuent à fréquenter l'école et sont dangereux car nombreux, contagieux et méconnus. La réglementation ne s'en occupe pourtant pas, à juste titre d'ailleurs. Donc l'éviction des enfants vivant au foyer est, ou bien abusive puisqu'inutile, ou bien trop précaire, puisqu'inefficace pour enrayer l'épidémie. Nous avons vu que la méningite à méningocoque était l'exceptionnelle complication d'une rhino-pharyngite apparemment banale au début, mais très contagieuse. Ainsi les écoliers sont porteurs de germes précocement et ils ont largement la possibilité de disséminer autour d'eux à l'école et à domicile, la maladie avant que le premier cas de méningite se déclare chez l'un d'eux. Leurs frères et soeurs peuvent, une fois contaminés transmettre à leur tour l'infection dans leur classes respectives avant même que l'on puisse décider à leur égard l'éviction scolaire.

Toutefois une épidémie de scarlatine (ou de diphtérie) maligne doit être combattue de façon beaucoup plus énergique. Ces cas sont rares actuellement.

4 - Le congé spécial octroyé aux membres du personnel enseignant, lorsque survient un cas de maladie infectieuse dans leur foyer, pose en apparence un problème plutôt social que médical :

Un membre du corps enseignant peut il s'absenter officiellement pour soigner à domicile son propre enfant malade ? La loi prévoit ces absences sous certaines conditions et dans quelques cas seulement. L'arrêté ministériel du 30 juillet 1964 (article 2 - Journal officiel du 22 août 1964) prévoit un congé spécial pour les membres du personnel administratif et enseignant si un certificat médical certifie au retour que l'isolement du malade a été rigoureux. Cela signifie l'obligation pour l'enseignant de faire hospitaliser son enfant dans un service spécialisé et qu'en aucun cas,

il devra le soigner à domicile. Ce décret a donc été pris en tant que mesure prophylactique et non en tant qu'avantage social. L'enseignant frappé par cette éviction devra fournir un certificat médical attestant qu'il n'est plus contagieux avant d'être autorisé à reprendre ses cours. Entière liberté est laissée au médecin sur la façon de déterminer la non contagiosité de son patient : soit par la clinique soit par la bactériologie. Cette réglementation soulève dans l'esprit du médecin des difficultés d'ordre moral vis-à-vis de son patient. Cette exigence n'est pas justifiée sur le plan prophylactique. Un exemple le démontre :

Le fils d'un instituteur est isolé à l'Hôpital à cause d'une diphtérie. Le père donc doit légalement s'abstenir d'aller faire sa classe pendant six jours à dater de l'isolement de son parent malade. S'il est porteur de germes, cela durera pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois. Son médecin ne peut pas attester qu'un porteur de germes n'est pas contagieux. Peut-il alors prolonger pendant des semaines ou des mois l'arrêt de travail d'un instituteur apparemment sain en attendant qu'il ne soit plus porteur de germes ? Sûrement pas, d'autant plus que ses élèves devraient avoir été tous vaccinés contre la diphtérie. En outre, le frère d'un écolier diphtérique est également porteur de germes mais ne subira pas d'éviction, à moins qu'il n'ait une angine ou un coryza suspects. La réglementation ne prévoit pas non plus pour lui de certificat de non contagiosité. Selon qu'il s'agit d'un enseignant ou d'un écolier les mesures prophylactiques diffèrent alors que la maladie se propage sans discrimination aussi subtile.

Dans un autre ordre d'idée, on peut prévoir que le vaccin contre la rubéole, une fois commercialisé, deviendra obligatoire pour les enseignantes réceptives à cette maladie. D'ores et déjà la pratique du séro-diagnostic spécifique est actuellement bien codifiée pour la rubéole et on peut conseiller aux jeunes institutrices de le subir en début de carrière, de façon systématique. Cette mesure serait sûrement moins vaine que les aléatoires injections de gamma-globulines. Elle empêcherait surtout qu'une institutrice enceinte, non réceptive à la rubéole, puisse s'absenter de sa classe pendant la durée de congé légal, en cas de danger de contamination. Pour l'institutrice déclarée non immunisée par le séro-diagnostic, seule, la vaccination anti rubéolique pourra la protéger de façon absolue pour ses grossesses futures.

5 - Examinons maintenant le point capital de l'information des familles et de celle des médecins de crèches.

Le but de la réglementation est de protéger la collectivité scolaire contre le péril infectieux sans violer le secret professionnel. La première proposition paraît la plus importante à considérer. La seconde semble à certains plus théorique que pratique. Le secret

professionnel est parfois trahi par des voies indirectes impossibles à éviter. On peut en effet, laisser ignorer officiellement le nom de l'élève atteint mais donner seulement la nature de son infection, les autres écoliers et leurs familles, par recoupements, en tirent des déductions. Il existe de nombreuses situations où il faut prévenir non seulement les familles mais aussi les médecins traitants et ceux des autres établissements scolaires. Nous avons déjà ébauché le problème à propos de la conduite à tenir en cas de poliomyélite, ce qui nécessite une collaboration entre les divers médecins et une coopération des familles avec leurs médecins traitants. Un autre exemple peut être donné : un foyer de rougeole éclate dans une classe. Un des écoliers est le frère d'un nourrisson admis dans une crèche. La rougeole est dangereuse pour le nourrisson en question, mais aussi pour les autres petits enfants de l'établissement. Si le médecin chargé de cette crèche est prévenu à temps, il refusera d'admettre ce nourrisson avant l'apparition de la maladie, ce qui évitera aux autres l'injection de gamma-globulines. Il en est de même pour la coqueluche qui représente un grand péril dans les crèches. Cependant certaines mères, bien que prévenues, ne se rendent pas compte du danger et négligent de déclarer à la crèche la rougeole du frère ainé, afin d'éviter l'éviction de leur nourrisson.

Nous avons signalé aussi le cas des enfants traités par les corticoïdes, leurs parents devraient être bien informés des risques infectieux éventuels (varicelle, par exemple) que courent ces écoliers. En cas de contage, ils doivent savoir appeler rapidement leur médecin traitant. Cela suppose qu'ils seront informés à temps du cas de varicelle par le médecin de l'école fréquentée par l'enfant.

Le fait de connaître la nature de l'épidémie sévissant dans une classe peut orienter le médecin de famille, renseigné par les parents, et lui permettre ainsi de penser à un diagnostic précis devant une forme atypique atteignant par exemple, un autre des enfants vivant au foyer de l'écolier fréquentant cette classe là.

6 - Le dépistage quotidien des formes légères ou débutantes des maladies infectieuses est d'une grande utilité, si un foyer est découvert dans un établissement scolaire. Malheureusement, la pénurie du personnel médical dans les établissements d'enseignement limite la mise en oeuvre de cette mesure prophylactique intéressante. Le médecin devrait pouvoir disposer du temps nécessaire pour examiner de façon minutieuse et quotidienne tous les écoliers pour dépister ces formes légères ou débutantes, en cas d'épidémie . L'examen clinique est indispensable car il est le seul à avoir quelque valeur pour démasquer ces aspects trompeurs de la maladie. Pour concerver son intérêt, il devra être répété pendant un temps suffisamment long car une épidémie peut "trainer" (scarlatine).

Dans cette éventualité, le médecin de l'établissement scolaire devra surveiller quotidiennement la gorge et le pouls des écoliers pendant une période assez longue pour prévenir les complications en prescrivant devant tout cas suspect le repos et la pénicillinothérapie. Cela représente une grosse astreinte pour le médecin responsable mais aussi c'est la seule façon efficace d'empêcher les complications et d'agir sur le plan prophylactique.

Quant aux prélèvements bactériologiques, ils sont soit insuffisants en nombre, soit peu probants, mais toujours coûteux. Pour cette dernière raison du reste, on les pratique seulement sur une petite échelle et on hésite à les renouveler. Or, un prélèvement négatif un jour pourrait se révéler positif le lendemain et inversement. On ne tient en outre pas compte du risque de contagion pendant les récréations si on limite cette recherche à une seule classe. Le nombre des écoliers impossible à démasquer est bien supérieur à ceux qui pourraient être dépistés. Ce sont ceux là qui feraient trainer l'épidémie si on les écartait de l'école.

Dans ce cas, la probabilité de contracter la maladie augmenterait pour les écoliers qui ne doivent pas être infectés. Donc, l'éviction concernant légalement les seuls écoliers malades, serait illogique si on l'appliquait aux porteurs sains de germes, et illégale.

Le médecin de l'école a aussi pour rôle celui d'exiger les vaccinations préventives obligatoires. Il ne peut pas s'opposer à l'admission d'un écolier non vacciné dans un établissement d'enseignement car la loi sur l'obligation scolaire est absolue. A la maternelle, le médecin peut cependant refuser les enfants non vacciné contre la variole, la diphtérie et le tétanos (ordonnance du 18 novembre 1965) la tuberculose et la poliomyélite. La réglementation concernant l'obligation des vaccination n'est sévèrement appliquée qu'à l'âge pré-scolaire où l'obligation de fréquenter l'école ne joue pas encore. En revanche, à l'école, le médecin peut seulement menacer de poursuites les parents négligents ou réfractaires. L'article 12 du décret du 28 février 1952 lui en donne le moyen qui est peu dans les usages médicaux. Mais cette menace donne à réfléchir aux parents qui se soumettent alors plus facilement. Si un cas de maladie contagieuse survient dans une classe et qu'il existe une vaccination spécifique contre cette affection, on doit profiter de l'inquiétude des parents pour leur conseiller vivement d'immuniser d'urgence les enfants réceptifs vivant à leur domicile.

Les mesures préventives sont peu coordonnées entre les différents médecins responsables qui vont être amenés à les prendre, ou à en surveiller l'accomplissement. Les prérogatives du médecin de l'établissement scolaire ne sont pas du tout semblables à celles du médecin de famille. Le premier ne peut pas soigner les Externes mais il est tenu de prendre les mesures prophylactiques adéquates

vis à vis des Internes. Il doit aussi prévenir les familles des Externes et celles des demi-pensionnaires pour qu'elles s'adressent à leur médecin de famille, qui décidera. Il n'y a donc ni unité ni synchronisation des mesures prophylactiques en cas d'épidémie. Certaines familles négligentes ne suivent pas les prescriptions. Les mesures de prévention peuvent varier d'intensité et de durée d'un médecin à l'autre selon l'opinion propre de chacun. Ces divergences sont sans conséquence devant l'épidémie d'une forme bénigne mais il n'en est pas de même en face d'une variété maligne. Un contact direct et soutenu entre le médecin de famille et celui de l'établissement scolaire serait dans cette éventualité très souhaitable en théorie. En pratique, c'est impossible à réaliser à cause du grand nombre de médecins traitants dans les villes.

7 - En ce qui concerne enfin, les colonies scolaires et les centres aérés, le médecin de la colonie prescrit non seulement les mesures prophylactiques mais il est aussi chargé des soins. Les mêmes règles d'éviction scolaire s'appliquent à ces enfants.

oOo

- III -

CONDUITE PRATIQUE DE LA PROPHYLAXIE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT.

Les instructions officielles actuelles concernant les évictions scolaires sont contenues dans l'arrêté et la circulaire d'application du 10 avril 1961, modifiant les précédentes et l'arrêté du 30 juillet 1964. Un projet de modification de la présente réglementation est étudié actuellement.

Il convient de passer en revue, de façon détaillée et essentiellement pratique les mesures de prophylaxie se rapportant à chaque maladie infectieuse en indiquant au passage les modifications souhaitable dans l'avenir.

A - MALADIES ERUPTIVES COMMUNES

1 - ROUGEOLE

Bénigne sous nos climats, sauf chez le nourrisson, la rougeole cause des ravages parmi les populations de certains pays (Haute, Volta, Chili par exemple). En France, les cas mortels, quoique rares, ne sont pourtant pas négligeables :

- 49 décès par rougeole en 1965 sur 9.103 cas déclarés
- 160 décès par rougeole en 1966 pour 16.063 cas déclarés

Une épidémie de rougeole désorganise dangereusement la vie d'une crèche ou d'un jardin d'enfants. Elle provoque des perturbations dans les activités d'une classe (ou d'une colonie de vacances). Les absences scolaires pour rougeole sont en moyenne de 13 à 14 jours dans l'ensemble de la France. Il est rare que cette absence, à elle seule, amène l'écolier à redoubler sa classe. A l'âge pré-scolaire, le problème posé par la rougeole est surtout économique et social car les mères qui travaillent sont obligées de demander des arrêts de travail pour prendre soin de leurs jeunes enfants atteints et ex-

clus, pour cette raison, soit de la crèche, soit du jardin d'enfant, soit de la maternelle.

Actuellement, on doit donc éviter la rougeole chez les enfants de moins de six ans mais ne rien empêcher à l'âge scolaire. La réglementation prévoit en ce sens les mesures suivantes :

- Eviction de l'écolier malade :

L'éviction de l'écolier malade a lieu jusqu'à guérison clinique. La contagiosité de la maladie, qui a débuté à la période d'invasion, cesse en pratique à la fin de l'éruption.

- Eviction des enfants vivant au foyer :

Seuls les enfants fréquentant la maternelle, le jardin d'enfants et les classes infantiles seront écartés de l'école pendant quinze jours après isolement de l'écolier malade. La rougeole peut, en effet, se compliquer entre trois et six ans, sans revêtir toutefois la gravité qu'elle a chez le nourrisson.

A juste titre, les enfants d'âge scolaire ne subissent pas d'éviction.

- Congé spécial pour le personnel enseignant :

Les membres du personnel enseignant n'ont droit à aucun congé, lorsqu'un cas de rougeole survient dans leur milieu familial.

- Désinfection de la classe :

Comme pour toutes les maladies à transmission directe, la désinfection des locaux est parfaitement inutile et devrait être abandonnée.

- Dépistage des formes débutantes :

Si le médecin de l'établissement en avait le temps, cette mesure serait intéressante car elle permettrait le diagnostic précoce de la rougeole à la période d'invasion, ce qui provoquant l'isolement des enfants dépistés, éviterait l'extension de l'épidémie à l'âge pré-scolaire. Ce dépistage clinique n'est pas du tout aisé car le diagnostic de rougeole avant l'éruption est délicat à faire. Un catarrhe oculo-nasal fébrile doit faire rechercher le signe de Köplick pathognomonique mais inconstant et difficile parfois à mettre en évidence.

- Avertissement des familles :

L'avertissement des familles a pour but d'éviter à tout prix la contamination d'un nourrisson par un écolier, ayant contracté la rougeole. Si un élève réceptif a été en contact avec un condisciple ayant la rougeole, il va à son tour contracter cette infection extrêmement contagieuse.

Pour protéger le nourrisson on prend une mesure simple, sans lui injecter de coûteuses gamma-globulines. Arbitrairement en comptant sur la remarquable fixité de la période d'incubation de la rougeole, on sépare le nourrisson réceptif de l'écolier en incubation au huitième jour qui suit le contage de l'enfant d'âge scolaire. On peut, par exemple, placer le nourrisson chez ses grands parents de la date citée jusqu'à la fin de la contagion de son aîné. Un nourrisson qui se trouverait en contact avec un écolier rougeoleux et qui ne serait pas isolé à temps, courait peu de risque s'il est âgé de moins de six mois, car il serait alors protégé par des anticorps transmis par sa mère (100 % des adultes français ont eu la rougeole).

En admettant même que ce nourrisson soit bien protégé par les anticorps maternels, il ne s'immuniserait pas contre la rougeole. Si l'on était sûr que la rougeole survienne juste au moment où les anticorps maternels sont remplacés par les anticorps produits par le nourrisson, ce dernier contracterait alors une rougeole atténuée, bénigne, mais immunisante. C'est dire l'intérêt à la fois de l'atténuation et de l'immunisation. La vaccination anti morbilleuse, nous allons le voir, va permettre dans l'avenir de ne plus utiliser les gamma-globulines, qui ne provoquent bien souvent qu'une séro abortion non immunisante donc peu souhaitable. Le placement dans un autre foyer soit de l'écolier réceptif en incubation de rougeole soit du nourrisson est une mesure n'entraînant pas de gros frais à l'inverse des gamma-globulines.

- Conduite à tenir à la crèche et dans les établissements d'âge pré-scolaire :

Tout d'abord le médecin de la crèche doit être averti rapidement du cas de rougeole survenant dans la fratrie d'un des nourrisson dont il a la charge. La famille d'un écolier réceptif en incubation (ou atteint de rougeole) devrait prévenir sans délai le médecin de l'établissement pré-scolaire fréquenté par un plus jeune enfant réceptif. Mais certaines mères, par "négligence," ne le font pas pour éviter que ce médecin refuse alors le très jeune enfant réceptif. L'assistante scolaire pourrait suppléer à cet "oubli" en déclarant systématiquement le cas au médecin intéressé. Rappelons que la rougeole est une maladie à déclaration obligatoire (numéro 5) que l'on doit adresser au médecin inspecteur de la santé ou au médecin directeur du bureau d'hygiène. Que se passe-t-il en fait? Bien sou-

vent, le médecin de famille néglige de le faire ou bien, en cas d'hospitalisation de l'écolier malade, l'hôpital déclare la maladie avec retard. Ceci montre l'intérêt de l'avis direct par les familles ou l'assistante scolaire.

Passons en revue les moyens dont disposent le médecin de crèche, et celui d'établissement pré scolaire pour éviter une épidémie :

a) - Le médecin de crèche peut conseiller la vaccination anti-morbilleuse à tout nourrisson entrant dans son établissement vers le huitième mois, date idéale pour faire cette vaccination. Il peut aussi la pratiquer avec l'accord des parents, au cours du séjour de l'enfant. Soulignons que cette vaccination n'est absolument pas obligatoire.

b) - Il peut aussi, s'il est prévenu à temps, écarter de sa crèche le nourrisson en incubation à partir du huitième jour suivant le premier contact avec le rougeoleux. Les injections de gamma-globulines ne seront alors pas nécessaires chez les autres nourrissons. Si l'écolier est seulement en incubation les parents pourront alors compléter la mesure vis à vis de leur nourrisson indemne et agir comme précédemment en séparant les deux enfants.

c) - Si un nourrisson contaminé par un écolier devient contagieux à la crèche car le médecin de la crèche a été prévenu trop tard voire pas du tout, il doit prononcer bien sûr l'éviction immédiate du nourrisson malade et il est alors contraint de recourir aux gamma-globulines pour enrayer d'urgence l'épidémie.

d) - Cependant une méthode très intéressante pour les collectivités d'enfants a été mise au point par WATSON. Cet auteur utilise un vaccin anti morbilleux contenant une souche anglaise atténuée :

- si le vaccin est administré dans les trois jours qui suivent le début de la toux chez le premier enfant atteint, on peut prévenir la maladie virulente dans presque tous les cas. Le jeune enfant développera une rougeole vaccinale qui ne transmettera pas la maladie mais l'immunisera. Ces deux points sont capitaux.

- Si le vaccin est injecté le quatrième jour, on n'obtient qu'une atténuation de la maladie naturelle. Là encore, l'immunisation active se produira.

- si le vaccin est fait le cinquième jour après le contage, la rougeole évoluera sous une forme de gravité moyenne.

e) - Une technique préventive vient d'être mise au point et intéresse les médecins des établissements pré-scolaires : la vaccination anti-morbilleuse est hautement conseillée mais représente

une injection supplémentaire, si elle est isolée. Or, avant le dix-huitième mois, le rappel diphtérie-tétanos doit être pratiqué. On lui ajoute parfois le rappel du vaccin contre la coqueluche. Pourquoi ne pas supprimer cette adjonction et la remplacer par celle du vaccin anti-morbilleux du D.T. ? Il n'y aura toujours qu'une seule injection à cette époque.

f) - Comme pour toute nouvelle vaccination, on se demande quelle est la durée de l'immunité du vaccin contre la rougeole. On peut remarquer que, dans la pratique ce problème n'a aucune importance, car, vacciné une première fois, le jeune enfant renforcera son immunité chaque fois qu'il sera en contact avec un écolier rougeoleux sans aucun dommage pour lui.

Actuellement une liaison rapide et directe avec le médecin de crèche est la mesure d'urgence la plus efficace dont découlent les autres. Les gamma-globulines en ce qui concerne la rougeole, devraient maintenant céder le pas à la généralisation de cette vaccination facultative, qui semble avoir la faveur du public comme celle contre la coqueluche.

- Licenciement de la classe :

Cette mesure n'est jamais justifiée. De plus elle empêche le dépistage des formes débutantes.

- Conduite à tenir dans les Etablissements scolaires et universitaires :

A l'âge scolaire cette maladie doit se développer car elle n'est jamais grave. Une séro-atténuation immunisante serait souhaitable à l'approche d'un examen ou d'un concours, dans les grandes classes. Etant donné les répercussions scolaires et sociales provoquées par cette infection bénigne, on peut songer que la généralisation de la vaccination, àl'âge pré-scolaire évitera la désorganisation des classes. A l'heure actuelle, l'âge scolaire entre sept et dix ans, reste la meilleure période pour contracter cette maladie.

- Conduite à tenir dans les colonies scolaires :

La rougeole survient surtout à la période hivernale ou printanière. Les colonies scolaires ayant lieu en été, sont rarement concernées. D'autre part, à l'âge des colonies scolaires, un grand nombre d'écoliers a déjà contracté cette infection. Un médecin n'autorise pas à partir, pour une colonie de vacances un écolier qui présente un signe de Köplick ou dont le frère est atteint de rougeole, surtout s'il ne l'a pas encore contractée. Cette élimination des écoliers suspects doit être scrupuleuse à la visite médicale précédant le départ en colonie scolaire. En admettant même que, pour des raisons extra-

médicales : (ommission de la déclaration du cas de rougeole par la famille) un écolier rejoigne celle-ci en incubation, il n'y déterminera qu'une petite épidémie bénigne chez les élèves, peu nombreux qui seraient encore réceptifs. Dans ce cas, les écoliers atteints seront soignés sur place. Renvoyer les enfants en incubation, à leur domicile favoriserait la dissémination de la maladie sans utilité pour la colonie scolaire.

2 - RUBEOLE

Cette maladie inévitable, extrêmement bénigne à l'âge scolaire où on ne doit pas s'opposer à sa propagation, devient redoutable pour l'embryon si elle survient chez une femme enceinte. Ce problème intéresse tout spécialement les institutrices, tant que la vaccination n'aura pas été généralisée.

Il est nécessaire de fixer les idées récentes en matière de rubéole car les mesures à prendre en découlent directement. Si les embryopathies dues à la rubéole sont connues depuis 1941 (travaux de l'ophtalmologiste australien GREGG) la redoutable rubéole congénitale, éminemment contagieuse, n'a été mise en évidence qu'en 1964, aux U.S.A. Le virus a été découvert seulement en 1962 expliquant le décalage entre la mise en évidence des embryopathies et celle de la rubéole congénitale. Il y a eu en 1964 aux U.S.A. 20.000.000 cas de rubéole dont la conséquence a été la naissance de 20 à 30.000 enfants malformés.

Une enquête sérologique effectuée dans différents groupes d'âge (SEVERS et coll en 1965) a montré que 33 % des sujets de 1 à 10 ans et 85 % des sujets de plus de 16 ans étaient immunisés contre cette infection. Des statistiques françaises montrent que 92 à 95 % des femmes de 18 à 40 ans possèdent des anticorps contre la rubéole Dans ces 8 à 5 % de femmes encore réceptives à l'âge adulte, il existe un faible pourcentage d'institutrices puisque cette enquête rassemble un échantillon standard de population. Beaucoup d'entre elles sont donc protégées contre la rubéole depuis l'âge scolaire et ne courent aucun danger si une grossesse survient pendant une épidémie de rubéole dans leur classe. Or si c'est le cas, la réglementation accorde un congé aux institutrices jusqu'à la fin du 3e mois de grossesse, sans tenir compte d'une éventuelle protection acquise. Il est inadmissible que cette mesure, ayant des répercussions scolaires et économiques, soit envisagée dans la majorité des cas où l'institutrice est immunisée contre la rubéole. C'est par contre justifié en cas de réceptivité, mais c'est insuffisant car on ne tient alors pas compte du risque de rubéole congénitale se développant, en l'absence de toute malformation, chez le foetus contaminé après le troisième mois de grossesse. Comment peut on être sûr qu'un membre féminin du corps enseignant ne risque plus de contracter la rubéole ?

L'interrogatoire n'apporte aucun argument utilisable :

- l'institutrice peut se croire à tort réceptive si elle a contracté la rubéole à l'âge scolaire, mais n'en a gardé aucun souvenir, si elle a été atteinte d'une forme atypique non reconnue comme telle ou, surtout d'une forme inapparente ce qui représente la majorité des cas.

- A l'inverse, elle peut penser, de façon erronnée qu'elle est protégée si, par exemple, un médecin a affirmé le diagnostic de rubéole devant un érythème rubéoliforme d'une tout autre cause.

Le Professeur BOYER a conseillé de mettre systématiquement en contact les fillettes d'âge scolaire avec un enfant atteint de rubéole dans le but de les immuniser pour l'avenir. Certains y voient une mesure dangereuse. Les complications éventuelles sont rarissimes en regard du nombre de cas de rubéole. Elles ne manqueront pas de se produire, si elles doivent survenir en cas de contage spontané toujours possible puisque la maladie est inévitable et fort répandue. Ces mêmes auteurs donnent comme argument défavorable le fait que, même en cas de contage provoqué, on ne peut pas savoir si l'écolière contracte vraiment la rubéole. Actuellement la pratique du séro-diagnostic spécifique permet d'en être certain.

La pratique du séro-diagnostic de la rubéole devrait être pratiquée systématiquement chez toute jeune institutrice (ou professeur) en début de carrière. Dans certains services parisiens, les infirmières affectées à la crèche le subissent obligatoirement à cause de l'extrême contagiosité de la rubéole congénitale. Les institutrices sont,elles, exposées aux épidémies de rubéole acquise. Elles sauraient, grâce à ces deux prises de sang faites à quinze jours d'intervalle, si elles sont ou non protégées

- Si le séro-diagnostic s'avère négatif chez de rares institutrices, celles-ci doivent savoir qu'elles sont réceptives. Pour elles seules, on envisagerait d'urgence et au moindre soupçon, les mesures légales pour protéger leur enfant en gestation.

- Si le séro-diagnostic est positif, aucune mesure ne devrait être prise et l'institutrice devrait continuer à assurer son enseignement sans injections coûteuses autant qu'inutiles et sans crainte pour l'enfant à naître. Après le troisième mois de grossesse, une institutrice réceptive peut être en contact avec une écolière débutant une rubéole. L'enseignante sera contaminée et le foetus risquera alors, non plus des malformations, mais une infection congénitale dans un pourcentage non négligeable. Cette découverte récente date de 1964.

Les gamma-globulines injectées d'urgence seront le seul recours. La loi ne prévoit encore aucun congé puisque cette découver-

te est trop récente. La rubéole représente donc un risque pendant toute la grossesse des institutrices réceptives. En attendant la généralisation du vaccin, prévue aux environs de 1970, la pratique du séro-diagnostic serait certainement une mesure utile chez les jeunes institutrices. Elle serait beaucoup plus économique et plus sûre que les aléatoires mais coûteuses gamma-globulines et les congés spéciaux.

Eviter la contamination d'une institutrice réceptive et ne rien empêcher à l'école, telles sont les deux règles de la prophylaxie de la rubéole dans les établissements d'enseignement. Voici ces mesures officielles :

- éviction de l'écolière malade jusqu'à guérison clinique,

- absence d'éviction des enfants vivant au foyer. Cette mesure a pour but de ne pas retarder l'apparition de cette maladie inévitable et bénigne.

- la désinfection des locaux est parfaitement inutile puisque la transmission est directe

- les enseignantes présumées réceptives ont droit à un congé jusqu'à la fin du troisième mois de grossesse. Cette réglementation devra être modifiée pour les raisons déjà développées. Seules les enseignantes dont le séro-diagnostic sera négatif, pourront en bénéficier dans l'attente de l'obligation vaccinale exigée au début de carrière, dans ce cas.

La vaccination résoudra tous ces problèmes dans l'avenir chez les enseignantes encore réceptives à l'âge adulte.

3 - VARICELLE

Inévitable contagieuse à l'extrême mais bénigne telle est la varicelle, à l'âge scolaire, chez un écolier auparavant en bonne santé. Si cette infection est contractée par un enfant traité par les corticoïdes, elle devient alors redoutable et son pronostic est imprévisible. On ne doit donc pas empêcher cette maladie à l'âge scolaire mais les parents d'un écolier, subissant un traitement par les dérivés de la cortisone, doivent être mis en garde contre les dangers que représente cette thérapeutique en cas de varicelle.

La réglementation officielle concernant la prévention de la varicelle prévoit :

- l'éviction de l'écolier malade jusqu'à guérison clinique,

- l'absence d'éviction pour les enfants vivant au foyer,

- l'absence de congé spécial pour le personnel enseignant, si un cas de varicelle survient au foyer.

- quant au dépistage des formes frustes, il est rarement effectué,

- enfin la désinfection est totalement inutile

- dans les colonies scolaires, il vaut mieux soigner sur place les enfants atteints,

En ce qui concerne les parents, il est utile :

- de prévenir ceux qui ont un enfant réceptif, traité par les corticoïdes, des risques en cas de contage par la varicelle.

- d'avertir les familles lorsque survient un cas de varicelle dans une classe pour qu'elles puissent demander à leur médecin de prendre les mesures d'urgence éventuelles et séparer le malade réceptif de l'écolier en incubation.

oOo

B - STREPTOCOCCIES du GROUPE A

Nous mettons à part ce chapitre, car il réunit sous le même nom deux groupes d'infections différentes :

- d'une part, la scarlatine, maladie éruptive inévitable, à déclaration obligatoire (numéro 4).

- d'autre part, les autres infections provoquées par des streptocoques du groupe A, également inévitables, pour lesquelles la réglementation ne prévoit pas de déclaration officielle, sauf en ce qui concerne l'érysipèle (lettre E dans la liste des maladies à déclaration facultative).

La scarlatine est devenue une maladie bénigne grâce à la pénicilline. Le problème posé par les streptococcies du groupe A est le suivant : il faut à tout prix éviter à l'aide des mesures efficaces tant prophylactiques que thérapeutiques la survenue des complications qui sont en particulier :

- le rhumatisme articulaire aigu,
- la chorée,
- les glomérulo-néphrites aiguës.

Si les deux premières ne sont pas très graves en elles-mêmes elles ouvrent cependant la voie aux redoutables complications cardiaques. C'est donc en luttant efficacement contre les streptococcies primaires mais aussi et surtout en assurant une pénicillino-prophylaxie systématique régulière et très longue des streptococcies secondaires que l'on empêchera la survenue des complications tertiaires (cardiaques en particulier).

1 - SCARLATINE

Maladie inévitable, le Professeur MANDE l'envisage en 1966 de la façon suivante :

"La scarlatine n'est qu'un type particulier dans le groupe des infections à streptocoques hémolytiques. Si sa clinique la singularise, les dangers qu'elle fait courir aux enfants ne lui sont pas propres mais sont ceux de toutes les infections à streptocoques hémolytiques.

"Le traitement par les antibiotiques, avant tout la pénicilline, a modifié du tout au tout la fréquence et la gravité des complications. Il doit être entrepris précocement, être assez intense et suffisamment prolongé. Dans ces conditions, la scarlatine est devenue une maladie bénigne qui ne justifie ni la longue éviction ni les rituelles mesures de désinfection encore si ancrées dans les moeurs".

Il y a longtemps que le Professeur BOYER s'insurge contre la réglementation inutilement draconienne qui concerne la scarlatine. Voici en effet les sévères mesures officielles prévues par la réglementation :

- Eviction de l'écolier malade :

De quarante jours, l'arrêté du 10 avril 1961 (J.O. de mai 1961, p.2282) a réduit l'éviction du malade à quinze jours, à condition qu'il soit traité par les antibiotiques.

A ce propos, citons encore le Professeur MANDE : "La force des traditions est si grande qu'il est absolument courant, quatre ans après la parution de ce décret (article paru en janvier 1966) qui a été adressé sous forme de brochure spéciale aux directeurs d'établissements scolaires, de voir un directeur d'école refuser d'admettre dans sa classe un enfant guéri de scarlatine avant expiration du délai de 40 jours".

Le médecin traitant devant tant de respect des traditions, ne peut même pas certifier qu'il s'agit d'une "angine à streptocoque érythrogène" car les autres streptococcies dont les angines streptococciques banales font partie,ne sont pas comprises ni dans la liste des maladies à déclaration obligatoire ni dans celle des infections à déclaration facultative. Le médecin violerait ainsi le secret professionnel.

Il lui faut certifier que l'écolier malade a reçu des antibiotiques et qu'il n'est plus contagieux. Le législateur devrait exiger plutôt un certificat de guérison clinique car, même traité correctement par les antibiotiques, un sujet guéri peut encore être porteur sain de germes et par le fait même contagieux. Dans un tel cas, le fait de délivrer un "certificat de non contagiosité" met dans l'embarras certains médecins.

- Eviction des enfants vivant au foyer :

Paradoxalement, la réglementation de l'éviction des enfants vivant au foyer a été renforcée. Actuellement on doit écarter de l'école tous les "frères et soeurs", même ceux ayant déjà contracté cette infection.Elle a été portée, de huit jours à dix jours en 1964. Rappelons que la durée d'incubation de la scar-

latine varie de un à cinq jours. Cette mesure était donc assez sévère avant 1964; elle est maintenant nettement exagérée.

L'exigence d'un certificat de non contagiosité met le médecin traitant dans le même embarras que précédemment. Les examens bactériologiques sont coûteux et absolument injustifiés à l'ère de la pénicilline. Cinq jours d'éviction et un certificat d'absence de tout signe clinique suffiraient pour les enfants vivant au foyer. On pourrait même ne faire subir aucune éviction puisque c'est une maladie inévitable et que la pénicilline empêche les complications secondaires.

- Congé spécial pour le personnel enseignant :

Un enseignant au foyer duquel se produit un cas de scarlatine peut bénéficier d'une autorisation d'absence de huit jours, même s'il n'est plus réceptif à la maladie. Notons au passage que, dans le cas des enfants vivant au foyer, la réglementation exige, pour eux, dix jours bien qu'il s'agisse du même risque et de la même situation . L'isolement de l'enfant du professeur doit être rigoureux.

L'arrêté du 30 juillet 1964 exige pour la reprise du travail, la présentation par le professeur d'un certificat médical attestant que les mesures adéquates ont été prises à l'égard du malade et que l'intéressé n'est plus contagieux. Le médecin ne peut attester la rigueur des mesures prises que s'il y a eu hospitalisation du malade, et pénicillino-prévention. A propos de cette seconde affirmation, le praticien peut certifier sa prescription de pastilles de pénicilline mais pas l'absorption effective de celles-ci par le membre du corps enseignant. S'il a lui même injecté de la pénicilline à son patient, dans ce cas, il peut, alors certifier la prévention efficace. Si l'enseignant veut soigner son enfant à domicile, l'isolement rigoureux ne peut pas être respecté et la réglementation reste dans le vague quant à la date de reprise du travail dans cette éventualité.

- Désinfection des locaux :

La désinfection des locaux est parfaitement inutile puisque la transmission de la maladie a lieu directement.

A ce sujet, le Professeur MANDE donne la mise au point suivante :

"La seule désinfection utile est celle de la gorge de l'enfant. Il n'empêche que l'usage de la désinfection des locaux où il a vécu pendant sa maladie est encore une sorte de rite auquel les familles, si rebelles quand il s'agit de prendre des précautions élémentaires contre la tuberculose par exemple, se prêtent volontiers. Il va sans dire que cette méthode, au demeurant souvent inefficace, doit être entièrement abandonnée".

- Rôle du médecin de l'établissement scolaire :

En revanche, le dépistage des formes frustes par le médecin de l'école présenterait un intérêt important. Mais il n'est malheureusement pas toujours réalisable sur le plan pratique. Le dépistage dès le début permet un traitement nécessaire à la prévention des complications. On recommande vivement la prise quotidienne du pouls et l'examen également journalier de la gorge de chaque élève.

- Recherche du streptocoque hémolytique dans la gorge des enfants :

La réglementation ne prévoit pas l'élimination des porteurs sains de germes qui sont très nombreux en cas d'épidémie de scarlatine. Actuellement, la scarlatine est une affection bénigne dans la très grande majorité des cas, grâce à la pénicilline. On ne doit donc envisager des mesures prophylactiques intenses qu'en cas de rare scarlatine maligne. A ce moment là, il est très utile de prévenir les familles pour qu'elles se mettent en rapport avec leur médecin traitant, qui accomplira les gestes thérapeutiques nécessaires.

- Attitude dans les grandes classes :

A l'approche d'un examen (ou d'un concours) on a intérêt à protéger les élèves par une pénicillino-prévention systématique, même si l'épidémie est provoqué par une forme bénigne. On évitera ainsi une série d'échecs scolaires.

- Licenciement d'une classe :

Aucun prétexte médical ne justifie une telle mesure. Il est regrettable en 1969 de constater que cette décision, dénuée de tout fondement prophylactique, à l'époque de la pénicilline, soit encore envisagée "pour faire quelque chose".

- Colonies de vacances :

Dans les colonies scolaires, le médecin doit dépister les formes frustes et les traiter sur place. Prélèvements rhino-pharyngés et désinfections sont inutiles. Le licenciement de la colonie est inadmissible pour les mêmes raisons que précédemment.

2 - AUTRES STREPTOCOCCIES DU GROUPE A

Il existe plus de quarante sérotypes différents de strepcocoques beta-hémolytiques du groupe A. Les souches ont une virulence variable. "Tout individu est plus ou moins réceptif à l'infection par un streptocoque hémolytique du groupe A" (B. ARMENGAUD). L'infection streptococcique se rencontre rarement avant un an et excep-

tionnellement au cours des trois premiers mois de la vie (MOZZI-CONACCI et coll.) . Les porteurs de germes sont nombreux de six à dix-huit ans avec deux maximums : l'un vers sept ans, l'autre vers quatorze ans.

La pénicillinothérapie des angines tant à l'école qu'à la colonie évite les complications rhumatismales, rénales mais surtout cardiaques.

Les mesures officielles sont les suivantes :

- éviction de l'écolier malade jusqu'à guérison clinique,
- pas d'éviction des enfants vivant au foyer,
- pas de congé spécial pour les enseignants,
- la désinfection est parfaitement inutile,
- le dépistage des formes frustes présenterait autant d'intérêt que pour la scarlatine car il permettrait également le traitement précoce, seul garant, répétons le, contre les complications.

La réglementation englobe deux sortes de streptococcies différentes :

- L'angine à streptocoque, non érythrogène qui est une maladie inévitable dont les complications peuvent être sévères : rhumatisme articulaire aigu -qui peut, à son tour, provoquer des lésions cardiaques très graves- complications rénales, pour ne citer que ces deux groupes.

- L'érysipèle, dermite streptococcique, contagieuse, parfaitement évitable actuellement, est, en tout cas, curable facilement. C'est en outre une maladie à déclaration facultative, catégorie dans laquelle n'entrent pas les angines à streptocoque.

Le rhumatisme articulaire aigu, complication directe éventuelle d'une angine à streptocoque, pose un problème de pénicillinoprophylaxie au long cours pour l'écolier qui en est atteint. On redoute en effet les réinfestations itératives par des streptocoques de sérotype différent. L'une de ces réinfections inévitables risquerait de provoquer une greffe cardiaque de la maladie, ce qui doit être évité à tout prix par les injections périodiques de pénicilline retard au long cours.

Les streptococcies, maintenant que la scarlatine est devenue bénigne, forment un ensemble d'infections surtout redoutables par leurs complications secondaires (RAA) et tertiaires (lésions valvulaires). Il faut donc ne jamais négliger dans les collectivités scolaires, le traitement au stade primaire mais aussi la prophylaxie rigoureuse au stade secondaire.

C - MALADIES NON ERUPTIVES COMMUNES

1 - COQUELUCHE

Dangereuse chez le nourrisson, on doit donc la lui éviter comme la rougeole, mais ne rien entreprendre sur le plan prophylactique à l'âge scolaire.

La vaccination qui a la faveur du public n'est pas obligatoire mais rend de grands services. Elle permet, en particulier, si elle est pratiquée chez le nourrisson à partir du troisième mois de la vie, d'enrayer dans les crèches les redoutables épidémies de coqueluche.

Voici les mesures réglementaires :

- Eviction de l'écolier malade :

- l'écolier sera autorisé à retourner en classe trente jours seulement après le début des quintes.

A la maternelle, cette mesure a un gros intérêt prophylactique. Elle se révèle parfois abusive à l'école car, huit jours après le début des quintes, l'écolier n'est, en règle plus contagieux. Cependant il faut songer à un point qui touche le réglement disciplinaire et non plus la prophylaxie : un enfant qui se met à tousser désorganise complètement une classe surtout si les quintes sont fréquentes. On se trouve dans l'obligation de respecter un délai avant la reprise de la classe.

La contagiosité de la coqueluche est très intense à la période pré-quinteuse. Aucune prophylaxie ne peut être mise en oeuvre puisqu'on ne soupçonne alors pas le diagnostic. L'écolier en incubation dissémine sa maladie tant à l'école que dans les jardins publics.

En cas de coqueluche bénigne, on se fondera à la fois sur l'état de l'enfant et sur la fréquence des quintes pour lui permettre la reprise de la fréquentation scolaire et non sur le risque contagieux.

- Eviction des enfants vivant au foyer.

Pour les écoliers en contact avec un coquelucheux, lorsque ceux-ci fréquentent la maternelle, le jardin d'enfants et les classes infantiles, l'éviction est de vingt jours, après l'isolement du petit malade. Il faudrait, pour que cette mesure fût logique, exiger l'hospitalisation de l'écolier malade dans un service spécialisé, garantissant la rigueur de l'isolement, ce qui n'est pas toujours possible. Les gamma-globulines atténuent la maladie, en cas de foyer. La vaccination des enfants d'âge pré-scolaire, fréquentant une collectivité serait souhaitable avant leur admission.

Le réglement demande au médecin de rédiger un certificat de non contagiosité qui permettra le retour dans l'établissement fréquenté. Là encore, une confusion s'élève dans l'esprit du médecin traitant : ou bien il exige une preuve bactériologique (recherche répétée de bacilles de Bordet-Gengou) ou bien il se contente d'une preuve clinique (absence de quinte). Mais il est très difficile pour un médecin, qui voit un écolier pendant un temps très court d'affirmer qu'il ne tousse plus du tout en quintes. Les dires des parents n'ont aucune valeur.

Seule la pratique de la vaccination (avec rappels exigés à l'entrée dans une collectivité d'un enfant d'âge pré-scolaire rendra caduques toutes ces mesures imparfaites.

- Congé pour le personnel enseignant :

La réglementation ne prévoit aucun congé spécial en cas de coqueluche au foyer familial.

- Désinfection des locaux :

Comme pour les autres maladies dont le germe est fragile, en dehors de l'organisme, la désinfection ne sert à rien.

- Licenciement de la classe :

On ne mettra jamais en pratique une telle mesure qui empêcherait toute possibilité de dépister les écoliers atteints de formes frustes.

- Information des parents et des médecins de crèche :

Cette information a pour but d'éviter la contamination d'un nourrisson réceptif. Il faut noter que même vacciné, le nourrisson s'immunise mal contre la coqueluche.

Le placement de tout nourrisson même immunisé, sous un autre toit est préférable à l'injection de sérum de convalescent. A la crèche, le problème prend parfois des dimensions catastrophiques et il faut avertir le médecin chargé de la responsabilité de cet établissement. Dans ce cas également, la vaccination préventive diminuera considérablement l'acuité du problème.

- Colonies scolaires :

Le fait de renvoyer dans ses foyers un écolier en incubation de coqueluche peut y provoquer la contamination d'un nourrisson réceptif. En général, à l'âge des colonies scolaires, les enfants sont déjà immunisés pour la plupart et le foyer ne s'étend pas. Il faut soigner les écoliers malades sur place.

2 - POLIOMYELITE

La vaccination correctement faite avec les rappels est, comme nous allons le voir, la seule mesure de prophylaxie totalement efficace pour amener la régression de la morbidité due à cette infection, autrefois inévitable. Avant l'ère vaccinale, la paralysie poliomyélitique était la rare complication de la poliomyélite-infection, inapparente dans la majorité des cas.

La transmission indirecte domine largement la propagation de cette maladie, due à trois groupes d'entéro-virus. Le professeur BOYER qui pressentait cette prédominance de la transmission indirecte rencontra des difficultés pour la mettre en évidence :

a) - Les enquêtes épidémiologiques étaient gênées par l'extrême variabilité de l'incubation de la poliomyélite qui va de quelques jours à un mois.

b) - La contagion vient rarement d'un malade mais, dans la très grande majorité des cas, d'un porteur de germes méconnu.

c) - On ne peut pas faire la relation de cause à effet entre un porteur de germes découvert dans l'entourage d'un malade et celui-ci. Ils peuvent en effet avoir été contaminés ensemble par un tiers ou bien encore, le malade peut avoir infecté le sujet sain, transformé ainsi en porteurs de germes.

d) - Quant une injection se transmet de façon indirecte, on ne peut jamais le prouver car l'analyse de l'eau, du lait cru ou des légumes verts responsables se révèle impossible.

Leur consommation a eu lieu longremps avant l'apparition de la maladie.

e) - La poliomyélite infection avant l'ère vaccinale, était très contagieuse.

La démonstration de l'importance de la transmission indirecte ne pouvant être apportée à cause de ces difficultés, le Professeur BOYER utilisa d'autres modes de raisonnement :

Avant la découverte de la vaccination, chaque sujet, à cause du "péril fécal", contractait non seulement trois poliomyélite infections (une par groupe de virus) mais encore plusieurs infections par le même groupe de virus. Les formes inapparentes étaient plusieurs milliers de fois plus fréquentes que les variétés paralytiques. Or, on s'est aperçu que, dans les pays où l'hygiène était à l'honneur, la poliomyélite entraînait un nombre de plus en plus important de paralysies chez les adolescents et les adultes jeunes. La régression du péril fécal, grâce aux mesures intensives d'hygiène, provoquait la raréfaction des virus poliomyélitiques, ce qui avait pour conséquence un net recul de l'âge d'apparition de cette infection inévitable. Le problème devenait angoissant. La transmission par voie digestive de la maladie fut prouvée par plusieurs arguments :

a) - les mesures d'hygiène n'ont aucun effet notable sur les maladies transmises par voie rhino-pharyngée. Leur action paradoxale sur la morbidité par poliomyélite indiquait que ce n'était pas son mode dominant de transmission.

b) - La fréquence estivo-automnale de la maladie était en faveur d'une transmission digestive car le maximum des affections rhino-pharyngées se situe dans la période hiverno-vernale. On redoutait les étés chauds et secs car le péril fécal risquait de reprendre de l'importance. Les citadins réceptifs étaient plus exposés à être contaminés pendant leurs vacances à la campagne que les ruraux déjà immunisés de façon occulte.

c) - Les rassemblements de population ne provoquaient pas d'épidémie de poliomyélite ce qui aurait été singulier pour une maladie à transmission directe.

La poliomyélite se transmet donc presque exclusivement par voie digestive. Les porteurs sains de virus éliminaient un très grand nombre de germes par leurs selles. Le contage manuporté était fréquent dans les écoles, par manque d'hygiène après défécation. La vaccination obligatoire grâce à l'application de sa généralisation, supprimera dans l'avenir les règlements officiels concernant la poliomyélite.

- Eviction de l'écolier malade :

Légalement l'éviction de l'écolier malade s'échève trente jours après le début de la poliomyélite.

L'enfant peut retourner à l'école, s'il est suffisamment rétabli, après ce délai, mais il y a de très grandes chances pour qu'il soit encore porteur de virus à cette époque. Le tiers des sujets dans un cas semblable est, en effet, encore contagieux après ce même laps de temps.

- Eviction des enfants vivant au foyer :

Les enfants vivant au foyer retourneront à l'école quinze jours après l'isolement du malade.

Il faut remarquer que la réglementation ne fait aucune distinction entre l'enfant qui a été correctement vacciné et celui qui ne l'est pas (mais devrait l'être). Tous les deux subissent indistinctement l'éviction scolaire. Ces écoliers même vaccinés, peuvent être porteurs de virus. Ils sont alors contagieux pendant plus de quinze jours. Aucun certificat de non contagion n'est exigé. Il serait impossible d'ailleurs à établir. Il s'agit donc, là encore, d'une mesure psychologique. La réglementation future devrait la supprimer mais, en revanche, se montrer plus sévère quant à la pratique de la vaccination avec rappels.

- Eviction du personnel enseignant :

Si un cas de poliomyélite survient au domicile d'un enseignant le congé spécial est de douze jours après isolement rigoureux.

Rappelons qu'isolement rigoureux sous entend hospitalisation.

Il s'agit également d'une mesure psychologique pour les mêmes raisons que précédemment dont la suppression est souhaitable. La loi prévoit l'obligation de la vaccination pour les sujets de moins de trente ans. Les instituteurs ou professeurs d'un âge supérieur à cette limite arbitraire peuvent bénéficier d'une protection anodine à recevoir mais efficace. Les plus jeunes sont théoriquement tenus d'avoir subi la vaccination anti poliomyélitique.

- Désinfection de la classe et des W.C.

La désinfection est obligatoire, mais est-elle utile ? Pour qu'elle soit quelque peu efficace, il faudrait :

a) - exiger des écoliers un lavage consciencieux des mains après chaque défécation. Le changement des serviettes devrait être effectué fréquemment, ou mieux encore, être remplacé par des appareils avec serviettes en papier, jetées après chaque usage, évitant ainsi les souillures par les porteurs sains. L'installation d'appareil à séchage par air chaud est vivement conseillée.

b) - Nettoyer quotidiennement pendant une longue période les cuvettes des W.C. avec de l'eau javellisée.

c) - Lutter efficacement contre les mouches. Nous avons déjà prouvé l'inutilité de la désinfection de la classe.

- Dépistage à l'école des formes débutantes :

Le dépistage des formes débutantes était capital avant l'ère vaccinale. Le médecin de l'école devait prescrire le repos absolu en cas de céphalées, d'angine ou de troubles digestifs pour essayer d'éviter l'évolution paralytique redoûtable. Un examen attentif des écoliers devait être effectué chaque jour. Toute cause de fatigue physique ou intellectuelle devait être proscrite ainsi que la prise de certains médicaments et la pratique de certaines vaccinations.

Depuis la découverte de la vaccination, on immunise d'urgence les écoliers non vaccinés et on réserve les mesures prophylactiques à ces seuls écoliers.

Pour empêcher la poliomyélite à l'école, le médecin dispose d'une arme efficace : la pratique systématique et réellement généralisée de la vaccination ainsi que la surveillance des rappels aux dates correctes et la réinjection d'urgence à tous les écoliers vaccinés, en cas de foyer. A ce propos, on peut conseiller aux écoliers déjà immunisés un rappel de D.T. polio, au lieu du rappel du vaccin anti-poliomyélitique seul. On profite de l'occasion pour renforcer ainsi, sans dommage pour l'écolier, l'immunisation contre la diphtérie et le tétanos. Chez le non vacciné, comme l'immunité avec le vaccin inactivé est longue à s'établir, il faut employer en présence d'un foyer de poliomyélite, le vaccin vivant atténué, si possible le monovalent contenant le virus de la souche responsable de l'épidémie. Cette prescription doit être appliquée de toute urgence, car il s'agit là d'une compétition entre l'établissement de la protection par le virus vaccinal et le développement du virus pathogène. On préfère la prescription répétée du vaccin monovalent à celle du vaccin trivalent car on craint les phénomènes d'interférences entre d'une part le virus vaccinal et les autres entéro-virus (coxackies) et d'autre part, entre les virus atténués des trois souches vaccinales. Le résultat recherché est la pullulation dans l'intestin de l'écolier réceptif du virus vaccinal correspondant à la souche de l'épidémie, à l'exclusion de toute autre entéro-virus.

- Information des parents et des médecins de crèche :

Les parents et les médecins de crèches doivent être avertis car les écoliers vaccinés peuvent être porteurs sains de virus et infecter les enfants au foyer ne fréquentant pas encore l'école. Vis-

à-vis de ces enfants (y compris les nourrissons +++) les mêmes mesures que précédemment doivent être préconisées aussi bien dans les familles que dans les crèches. Rappelons l'obligation vaccinale avant l'âge de 18 mois.

- Surveillance de la cantine scolaire :

- Avant l'ère vaccinale, il fallait à la fois empêcher l'extension d'une épidémie massive et en même temps, ne pas trop retarder l'âge de la survenue de la poliomyélite infection alors inévitable.

- Depuis la découverte du vaccin, et à la condition expresse que la vaccination soit correctement effectuée, les réinfestations spontanées qui ne manqueront pas de se produire, ne provoqueront qu'un souhaitable renforcement de l'immunité vaccinale sans aucun danger. Il n'y a donc plus aucune raison d'envisager la fermeture même momentanée de la cantine.

- Licenciement de la classe :

Le licenciement de la classe n'a jamais eu qu'un intérêt psychologique vis à vis des familles. Il faut l'abandonner totalement depuis la découverte de la vaccination.

Le rappel aux vaccinés et l'immunisation d'urgence des rares écoliers réceptifs risqueraient d'être compromis par une telle mesure car il n'y aurait alors aucune cohésion des mesures de prophylaxie. Ces deux raisons justifient la suppression du licenciement de la classe.

- Colonies scolaires :

Dans les colonies scolaires, la même conduite qu'à l'école doit être la règle. On conseillera également le rappel D.T. polio aux vaccinés avant leur départ pour la colonie, si le dernier rappel est ancien. On devrait refuser dans les colonies scolaires, tout évolier qui n'est pas en règle avec l'obligation vaccinale contre cette maladie.

En bref la vaccination généralisée et correctement effectuée (avec les rappels) représente le seul et unique moyen efficace de lutte contre la poliomyélite. La facilité d'administration (ampoules buvables dans un biberon par exemple) l'absence de réactions locales ou générales, l'efficacité constante de la protection et enfin l'obligation de sa pratique dès le plus jeune âge rendent inadmissible toute dérogation en l'absence d'une contre-indication sévèrement discutée et pesée.

3 - HEPATITE A VIRUS A

Si pour la poliomyélite, la découverte de la vaccination a résolu le problème de la prévention de cette grave infection, le cas de l'hépatite à virus A demeure préoccupant car le vaccin est encore loin d'être découvert.

La voie digestive demeure également le mode de transmission prédominant. Les mesures prophylactiques qui pourraient être envisagées, sont non seulement inefficaces mais discutables, nous l'avons déjà vu dans le premier chapitre. En l'absence de vaccination, elles risquent de repousser l'âge d'apparition de l'hépatite de primo-infection et favoriser ainsi l'éclosion de la maladie de l'âge adulte, où les complications éventuelles sont parfois sévères.

Le professeur BOYER en ne prescrivant aucune mesure dans l'établissement d'Hendaye, "acceptait" les soixante cas d'hépatite ictérique pour protéger de façon occulte les 1000 autres écoliers qui fréquentaient annuellement l'établissement et qui étaient obligatoirement infectés de manière inapparente.

Voici les mesures officielles :

- Eviction de l'écolier malade :

L'écolier malade est écarté de l'établissement scolaire jusqu'à guérison clinique.

Les convalescents sont bien souvent porteurs de virus mais on ne peut pas les dépister de même que les écoliers atteints de formes inapparentes et contagieuses.

La maladie est très asthéniante et le médecin en tiendra compte pour la reprise de l'école.

- Eviction des enfants vivant au foyer :

Les enfants, en apparence indemnes, sont probablement porteurs de virus. Aucune éviction n'est prévuepour eux à juste titre.

- Eviction du personnel enseignant :

Aucun congé spécial n'est accordé aux membres de l'enseignement lorsque survient un cas d'hépatite virale à leur domicile.

- Dépistage des formes frustes à l'école :

La recherche quotidienne d'un subictère est du plus haut intérêt pour l'enfant mais ne sert à rien pour la collectivité. Le re-

pos immédiat dans une pièce bien chauffée peut éviter à l'écolier une forme sérieuse d'hépatite à virus. Il s'agit de prophylaxie individuelle.

- Désinfection des W.C.

On pourrait envisager contre l'hépatite à virus ce qui a été préconisé envers la poliomyélite mais on retarderait l'âge d'apparition de cette maladie absolument inévitable, à l'heure actuelle, ceci va à l'encontre de l'effet le moins mauvais, avant la découverte du vaccin.

- Lavage des légumes à la cantine scolaire :

Il serait souhaitable de faire tremper les salades pendant plus de six heures dans un grand bac d'eau javellisée et les rincer à plusieurs reprises. Mais en dehors des difficultés pour faire appliquer ce réglement au personnel des cuisines, on ne rendrait pas service à long terme aux écoliers pour la même raison que précédemment.

- Licenciement de la classe :

Jamais on ne doit le prescrire.

- Colonies scolaires :

L'incubation de l'hépatite à virus A est parfois très longue, l'ictère surviendra donc chez les écoliers après le retour de la colonie, où ils auraient pu être contaminés. Il est rare que cette maladie éclate pendant la colonie mais dans ce cas, on prend les mêmes décisions qu'à l'école.

A la campagne, la contamination peut être forte et étendue. Dans ce cas particulier, il sera bon alors de désinfecter les W.C. tous les jours et de veiller au lavage consciencieux des mains des écoliers pour limiter l'importance du foyer.

Jamais on ne licenciera la colonie, même dans le dernier cas envisagé.

4 - DIPHTERIE

- Avant l'ère vaccinale tout écolier devait être atteint par le bacille de Klebs-Löeffler qui provoquait une angine ou un croup, ou un coryza diphtérique ou bien une forme inapparente mais immunisante.

- Actuellement la généralisation obligatoire de la vaccination a pratiquement enrayé cette maladie.

Depuis longtemps le Professeur BOYER s'emploie à lutter contre les dérogations abusives aux vaccinations et en particulier contre celles dont on gratifie trop facilement les enfants allergiques. Il avait été appelé dans l'établissement hélio-marin d'Hendaye, non pour résoudre le problème de l'endémie d'hépatite à virus, mais pour enrayer un foyer de diphtérie survenue parmi les enfants non vaccinés car "allergiques". Beaucoup de médecins hésitent à vacciner ce genre d'écolier car ils craignent les complications vaccinales et comptent sur la protection vaccinale des autres enfants. Or, en cas d'épidémie, ce sont ces écoliers allergiques qui seront frappés par la maladie. Le risque est donc inadmissible à l'ère vaccinale. Après le Professeur BOYER, le Professeur MANDE vitupère les contre-indications abusives des enfants allergiques en ces termes :

"Si l'allergique peut être vacciné sans danger c'est à condition qu'il ne le soit pas sans précaution et chaque type de vaccin comporte les siennes".

Il insiste également sur certains points qu'il n'est pas du tout inutile de rappeler dans ce chapitre :

a) - "le sujet allergique développe des anticorps égaux en qualité et en quantité à ceux des sujets normaux".

b) - "une vaccination peut même être faite au cours d'un traitement désensibilisant spécifique".

c) - Le Professeur MANDE souligne aussi que la maladie allergique a une évolution capricieuse et la relation de cause à effet entre une poussée évolutive et une vaccination récente, qui est vite faite par la famille de l'écolier malade, doit être accueillie avec la plus grande circonspection par le médecin traitant.

d) - "La vaccination triple (D.T.Coq.)ainsi conduite (deux injections de tolérance pré-vaccinale à l'aide de vaccin dilué) n'a jamais été cause que de réactions légères et brèves dont la gravité ne saurait en aucun cas être mise en balance avec celle d'une diphtérie, d'un tétanos, d'un accident sérique, ou même d'une coqueluche".

Sa conclusion est la suivante : "les allergiques non seulement peuvent mais doivent être vaccinés et nous pensons avoir suffisamment souligné que le risque de l'abstention vaccinale est bien supérieur à celui des accidents vaccinaux".

Voici ce que prévoit la réglementation actuelle à propos de la diphtérie :

- Eviction de l'écolier malade :

L'éviction légale est de trente jours après la guérison clinique. Elle sera appréciée par le médecin de famille. La réglementation prévoit une réduction de cette durée si deux prélèvements rhino-pharyngés sont négatifs, à huit jours d'intervalle.

La crainte de laisser retourner à l'école un élève encore porteur de germes n'est pas à retenir car certains écoliers porteurs sains n'auront subi aucune éviction et seront toujours contagieux.

Rappelons que la vaccination est obligatoire.

- Eviction des enfants vivant au foyer :

L'éviction des enfants vivant au foyer n'est pas prévue par la réglementation.

Parmi ces enfants, ceux qui fréquentent un établissement scolaire doivent présenter un certificat médical attestant qu'ils ont été rigoureusement isolés de l'écolier malade et qu'ils ne présentent ni angine ni coryza suspects. Le médecin ne peut pas certifier qu'un isolement est rigoureux, sauf si l'écolier diphtérique est hospitalisé. Dans le cas contraire, il attesterait quelque chose d'incontrôlable en se référant aux seules déclarations des parents. Remarquons au passage que l'écolier atteint de diphtérie a pu contaminer toute sa famille avant son isolement. Il y a donc de nombreux porteurs de germes autour de lui et l'isolement n'a plus sa raison d'être. La réglementation future devrait abroger l'exigence de ce certificat de non contagiosité qui ne signifie rien. Elle est, d'autre part, illogique pour les écoliers qui sont très correctement vaccinés et qui ont reçu en urgence l'injection de rappel. Il serait beaucoup plus intéressant de demander dans l'avenir, une attestation de ce rappel aux écoliers dans ce cas.

- Congé spécial du personnel enseignant :

Les membres du corps enseignant bénéficient d'une autorisation d'absence de six jours lorsqu'un cas de diphtérie survient au foyer et que l'isolement a été rigoureux.

Nous avons déjà vu que cette mesure n'était pas justifiée, sur le plan médical :

- si l'enseignant réceptif est infecté, le médecin le mettra en congé de maladie jusqu'à guérison,

- si l'instituteur n'est que porteur sain de germes, il le restera pendant des semaines et pas seulement pendant six jours.

Rappelons ce que nous venons de voir, à savoir que la réglementation ne prévoit aucune éviction concernant les enfants vivant au foyer d'un écolier diphtérique.

- Dépistage des formes frustes à l'école :

Le dépistage des formes frustes par le médecin de l'école est un acte capital de la prophylaxie de la diphtérie car le traitement précoce au tout début a les plus grandes chances de succès.

Une angine avec adénopathies ou un coryza suspect exigent une thérapeutique énergique et immédiate, en cas de foyer de diphtérie.

La recherche des porteurs de germes ne peut pas servir à grand chose car il faudrait alors rechercher ces porteurs dans tout l'établissement et parmi le personnel (administratif compris) si on désirait accomplir un acte un peu efficace. La loi ne prévoit pas l'éviction des porteurs sains. Cette mesure coûteuse est donc doublement inutile.

- Désinfection des locaux :

Elle n'a pratiquement aucune valeur en matière de prophylaxie.

- Licenciement de la classe :

Cette décision ne doit jamais être prise.

- Vaccination :

La vaccination anti-diphtérique est une "prophylaxie efficace" (H. BOISSIERE) contre cette toxi-infection autrefois redoutable.

En cas de danger infectieux, l'injection de rappel chez les écoliers correctement vaccinés (3 injections + un premier rappel un an après) est la seule chose simple et efficace à envisager.

Si les écoliers ne sont pas vaccinés (allergiques) la sérovaccination doit être entreprise d'urgence. La sérothérapie "salvatrice" peut être fort mal supportée, et même très dangereuse

chez un allergique, beaucoup plus qu'une diphtérie bénigne. C'est redire ici l'intérêt de faire bénéficier le plus grand nombre d'écoliers de la vaccination obligatoire contre cette infection inévitable, avant les découvertes de RAMON.

Le rappel D.T. polio est une façon élégante et anodine, de profiter de cette injection pour renforcer l'immunité contre ces deux autres maladies.

- Contact avec les familles :

Les parents d'élèves doivent être prévenus pour plusieurs raisons :

a) - les familles des externes et des demi-pensionnaires auront la charge de s'occuper de l'injection de rappel à leurs écoliers vaccinés.

b) - les parents devront demander à leur médecin traitant de vacciner d'urgence les autres enfants en contact qui ne seraient pas déjà protégés par la vaccination, obligatoire avant l'âge de 18 mois, rappelons-le. Les écoliers vaccinés peuvent devenir de redoutables transmetteurs de germes vis à vis des autres enfants qu'ils cotoient.

c) - Le médecin de famille, averti par les parents du cas de diphtérie à l'école, devra traiter de toute urgence un enfant réceptif, vivant au foyer (écolier ou non) qui présenterait une angine ou un coryza suspect.

En ce qui concerne les internes, le médecin de l'établissement aura à la fois la responsabilité des mesures prophylactiques et celle des soins, en cas de diphtérie. Une autorisation lui en donnant la possibilité aura été systématiquement demandée aux parents, lors de l'admission de l'Interne.

- Contacts avec le médecin de crèche :

Pour éviter l'admission dans une crèche d'un nourrisson, qui a été en contact avec un écolier diphtérique, il est recommandé d'avertir le médecin de la crèche.

- Colonies scolaires :

Actuellement la diphtérie se raréfie et, dans les colonies scolaires, l'injection de rappel à tous les écoliers vaccinés est seule indiquée, en cas de danger. Certaines colonies de vacances admettent des écoliers non vaccinés, en raison d'une contre-indi-

cation médicale sérieuse. Ces sujets réceptifs bénéficieront d'une séro-prévention en cas de foyer diphtérique, toute précaution étant prise pour éviter un accident sérique qui peut être dramatique.

Un sujet allergique peut mourir au cours d'une injection de sérum mais aussi au cours d'une diphtérie ou d'un tétanos. La vaccination, faite avec les précautions d'usage en pareille situation, empêche l'un et l'autre.

Dans ces seules colonies spéciales, les écoliers non vaccinés peuvent être renvoyés à leur famille : il s'agit d'un essai de protection individuelle et non collective.

5 - MENINGITE CEREBRO-SPINALE

La rhino-pharyngite méningococcique inévitable, contagieuse, mais banale dans sa symptomatologie, peut se compliquer exceptionnellement de méningite cérébro-spinale.

La contagion par voie rhino-pharyngée a lieu par conséquent, avant que se déclare un éventuel cas de méningite purulente qui donnera alors l'éveil et provoquera la mise en oeuvre très retardée de la prophylaxie. Lorsque nous croyons intervenir sur le plan "préventif", la maladie a déjà été en réalité disséminée dans la classe, l'établissement scolaire, les foyers familiaux et les jardins publics.

La recherche des porteurs de germes, seulement dans la classe où est signalée le premier cas de méningite, s'avère évidemment inutile.

D'autre part, l'arrêté de 1961, n'envisage absolument pas le cas des méningococcémies qui présentent pourtant les mêmes dangers de contagion que les méningites à méningocoque. S'il est vrai que les écoliers atteints de méningite cérébro-spinale ne fréquentent plus l'école à ce stade de la maladie, c'est aussi le cas de ceux qui ont une septicémie à méningocoque.

Aucun vaccin n'existe contre les infections à méningocoque, qui étaient redoutables avant la découverte des sulfamides et des antibiotiques fungiques. Actuellement le pronostic de ces méningites purulentes n'est pas bénin, malgré les thérapeutiques actives. C'est dire que les mesures préventives conservent une part importante dans la lutte contre cette maladie et qu'elles vont retenir toute notre attention, surtout en ce qui concerne la prévention des écoliers en contact avec un condisciple atteint de méningococcie.

Voila les mesures préconisées par la réglementation officielle :

- Eviction de l'écolier malade :

La réglementation autorise le retour de l'écolier malade quinze jours après sa guérison clinique. On raccourcit ce délai si un certificat médical atteste que deux prélèvements rhino-pharyngés pratiqués à huit jours d'intervalle ne mettent pas en évidence de méningocoque. Ce qui a déjà été dit sur la valeur de ce genre de certificat s'applique au cas envisagé.

- Eviction des enfants vivants au foyer :

Ces enfants sont écartés de l'école pendant dix jours à dater du simple isolement du malade. L'hospitalisation n'est pas sous entendue dans cette situation.

L'éviction des enfants vivant au foyer ne joue pas un grand rôle prophylactique étant donné :

- la longueur possible du portage de germes même après traitement massif et bien conduit,

- le nombre des porteurs tant dans les familles que dans les établissements scolaires différents fréquentés par les enfants d'un même foyer.

- l'impossibilité et surtout la vanité de vouloir essayer de dépister tous les écoliers sains mais contagieux.

- la désorganisation de la classe qui serait la conséquence directe de ce dépistage, s'il était suivi d'une éviction des porteurs de germes.

- Congé spécial du personnel enseignant :

Au lieu de 10 jours comme précédemment, la réglementation accorde un congé spécial de six jours seulement aux enseignants, après l'isolement rigoureux de leur enfant malade.

Ici l'hospitalisation est donc de rigueur alors qu'il n'en était même pas question pour les "frères et soeurs" de l'écolier malade.

En revanche aucune mesure n'est prévue si un porteur sain de méningocoque, d'ailleurs très contagieux et très dangereux, venait à être démasqué au domicile de l'enseignant.

La discordance de la réglementation à propos du même problème touchant deux catégories différentes d'individus est, comme dans le cas de la diphtérie très surprenante.

- Licenciement de la classe :

Si on licenciait la classe, comme c'est encore malheureusement le cas très souvent, le médecin ne pourrait pas dépister les formes frustes ou débutantes. On supprimerait toute coordination et toute unité dans la prévention des sujets en contact et surtout, on favoriserait la dissémination du germe au dehors, propageant ainsi ce foyer et le transformant en épidémie. Rappelons que dans certains cas, la thérapeutique peut être inefficace contre cette maladie, qu'il faut à tout prix circonscrire par des mesures prophylactiques ajustées.

- Désinfection des locaux :

Le méningocoque est un germe extrémement fragile en dehors de l'organisme. Toute désinfection estparfaitement inutile. On ne devrait pas non plus attacher trop de crédit à un résultat bactériologique négatif chez un écolier convalescent d'une méningite cérébro-spinale. C'est insister sur le peu de valeur du certificat de non contagion dans ce cas.

- Prévention des écoliers en contact avec un enfant atteint de méningite :

La sulfamido-prévention des écoliers en contact avec un condisciple atteint de méningococcie est la seule mesure prophylactique efficace et encore son résultat n'est pas toujours garanti totalement.

Pour mettre tous les atouts de son côté: il faudrait associer à la sulfamido-prévention orale, une désinfection locale du nez et du pharynx à l'aide de poudre ou de solutions huileuses contenant des sulfamides. Il serait souhaitable de prolonger cette thérapeutique, en faisant priser par l'enfant la poudre sulfamidée, pendant une période supérieure à celle de la prévention orale. Mais les sulfamides administrés par voie buccale sont parfois mal tolérés sur le plan digestif, par exemple. Le médecin se trouve alors obligé de faire cesser cette administration orale avant l'échéance du délai recommandable de huit jours, tout en ayant soin de faire poursuivre les prises nasales de poudre sulfamidée. Dans le cas où il n'aurait pas associé d'emblée ces deux thérapeutiques, il possède alors la ressource de remplacer l'absorption orale mal tolérée par l'usage local afin de ne pas laisser son jeune patient sans protection. Cette prise nasale de poudre sulfamidée rend dans tous les cas service aux écoliers et leur évite l'atteinte méningée. Elle ne présente aucun inconvénient local et ne provoque aucun risque d'intolérance digestive par exemple.

- Contact avec les parents :

Si les parents sont avertis du danger, leur médecin traitant aurait la possibilité de s'occuper des externes et des demi-pensionnaires.

Cette information guiderait en outre un médecin appelé devant une forme atypique d'emblée (comateuse par exemple) de méningite cérébro spinale. Il éviterait les hésitations diagnostiques et il gagnerait un temps précieux pour le traitement qui, soulignons le doit être le plus précoce et le plus intense possible.

- Contact avec le médecin de crèche :

Les complications méningées menacent plus souvent les nourrissons que les enfants d'âge scolaire. La surveillance quotidienne du rhino-pharynx des nourrissons avec ensemencement au moindre doute, est une mesure intéressante. Notons au passage qu'un pharynx en apparence tout à fait normal, peut contenir un nombre important de méningocoques qui ne seraient découverts que si on effectuait un ensemencement automatique.

- Colonies scolaires :

On doit adopter lamême attitude qu'à l'école. Il n'y a pas lieu de licencier la colonie.

En résumé, le traitement précoce et intensif des formes débutantes de méningite cérébro-spinale et la sulfamido-prévention (locale et générale) des écoliers en contact avec le condisciple atteint, sont actuellement les seuls garants contre l'extension d'une épidémie de cette maladie grave encore de nos jours, mais fort heureusement rare.

6 - OREILLONS :

Dans leur intérêt les garçons d'âge scolaire doivent contracter cette infection inévitable. Un adolescent, encore réceptif, peut être menacé de stérilité, s'il se trouve contaminé.

Si les oreillons avaient affecté cet élève pendant l'âge scolaire il aurait été immunisé pour l'avenir.

On étudie deux vaccins actuellement aux U.S.A., l'un atténué, l'autre tué. Mais en attendant leur commercialisation, on ne doit rien entreprendre pendant la période scolaire, contre l'extension de cette affection inévitable. Il serait même souhaitable de mettre un écolier réceptif en contact avec un enfant atteint des oreillons afin

de le protéger sans danger à long terme. Citons en effet le Docteur ACAR, Médecin dans le service du Professeur BASTIN :

"Rien ne permet encore de juger de la qualité et de la durée de de l'immunité obtenue par la vaccination et donc la légitimité de la substituer à celle que confère, solidement, cette maladie dont la bénignité n'est que rarement démentie" n'est pas fondée.

La réglementation prévoit :

- éviction de l'écolier malade jusqu'à guérison classique ;

- pas d'éviction des enfants vivant au foyer s'ils sont indemnes.

- dépistage facultatif des formes frustes,

- pas de congé spécial au personnel enseignant si un cas survient au foyer familial.

- Conduite à tenir dans les grandes classes :

Si aucun examen n'est prévu, lorsqu'éclate le foyer, on conseillerait d'obtenir une séro-atténuation immunisante à l'aide de gamma globulines (ou de sérum de convalescent). Une séro-abortion à l'encontre de cette maladie inévitable est à proscrire car elle procurerait une protection momentanée et retarderait encore l'âge d'apparition de la maladie avec les conséquences graves que l'on connaît chez l'adulte jeune.

Face à un examen (ou un concours) la séro-abortion reste cependant la seule mesure envisageable pour éviter un échec scolaire qui peut être lourd de conséquences, en classes terminales par exemple.

On peut rapprocher ici le cas d'un jeune instituteur qui se croit réceptif. Il a pu, en effet, à son insu être protégée de l'épidémie en cours grâce à une forme inapparente, à l'âge scolaire. Devant l'impossibilité de le savoir,tout instituteur présumé réceptif devra bénéficier d'une séro-atténuation immunisante, comme les élèves adolescents.

- Conduite à tenir dans les colonies scolaires :

On soigne, sur place, les écoliers malades et on protège de la même façon que précédemment les adolescents supposés réceptifs.

7 - GRIPPE EPIDEMIQUE

La protection est illusoire dans les villes et impossible à l'école. On vaccine de façon parcimonieuse en cas d'épidémie d'influenza. La protection n'est pas absolue, dure peu de temps et demande un délai pour se constituer. Comme toutes les infections inévitables, la grippe épidémique ne doit pas être enrayée. Il serait d'ailleurs difficile d'empêcher sa propagation du fait de son extrême contagiosité et de sa transmission par voie directe. Un exemple illustrera notre propos :

Le professeur LEMIERRE avait remarqué que les personnes ayant essayé de se protéger de la première vague épidémique de la "grippe espagnole" au printemps 1918, avaient souvent succombé en automne de la même année, lors de la seconde poussée d'influenza, plus meurtrière que la précédente. Les individus atteints quelques mois plus tôt étaient restés indemnes au cours de la seconde vague car, après avoir survécu à la première vague, ils avaient été immunisés.

- Mesures prophylactiques générales :

En période épidémique, une céphalée, un état subfébrile, un coryza donnent l'alarme chez tout écolier et tout enseignant. Il leur faut alors garder la chambre, qui sera correctement chauffée, pour éviter l'aggravation et les redoutables surinfections pulmonaires.

Voici ce que prévoit la réglementation :

- Eviction de l'écolier malade :

L'écolier malade est écarté jusqu'à guérison clinique. Le médecin tiendra compte de l'importance de l'asthénie résiduelle pour la reprise de la fréquentation scolaire.

- Enfants vivant au foyer :

L'éviction des enfants vivant au foyer est parfaitement illusoire.

- Congé spécial du personnel enseignant :

Ce serait également une décision inutile.

- Désinfection des locaux :

La transmission directe rend toute désinfection parfaitement inutile.

- Licenciement de la classe :

Le licenciement de la classe n'a aucun fondement prophylactique et fait partie, surtout dans le cas de la grippe, des mesures psychologiques comme la désinfection des locaux par exemple.

Cette décision peut être prise néanmoins mais alors pour des raisons purement administratives, lorsque maîtres et élèves sont presque tous absents à cause de l'épidémie. Cette mesure n'entérine donc qu'un état de fait sans aucun rapport avec la prophylaxie dans ce cas précis.

- Conseils aux parents :

Le repos immédiat des écoliers atteints dans une pièce correctement chauffée peut prévenir une éventuelle aggravation.

- Liaison avec la crèche :

Il est inutile de prévenir le médecin de la crèche car il est déjà averti du danger.

Il doit refuser tout enfant dont le frère est contaminé et il doit conseiller au personnel de s'abstenir de venir travailler en cas de signes suspects (céphalées, myalgies, état fébrile, coryza). Les nourrissons sont très sensibles à ce virus qui peut déterminer chez eux une forme grave de grippe, même en cas d'épidémie bénigne. D'où la nécessité urgente de prendre des précautions envers lui, aussi bien en cas de pandémie grippale que de grippe saisonnière bénigne.

8 - TUBERCULOSE PULMONAIRE CONTAGIEUSE

Si nous plaçons à la fin de ce chapitre, la tuberculose pulmonaire c'est en raison des mesures prophylactiques un peu particulières prises dans ce cas.

Elle reste, encore à l'heure actuelle un véritable fléau social malgré l'existence d'une protection efficace connue depuis longtemps. La tuberculose est en effet la seule maladie infectieuse contre laquelle on dispose de trois sortes de moyens pour l'enrayer et qui sont : la possibilité d'une vaccination efficace, anodine dans la majorité des cas, le dépistage précoce tant à l'âge scolaire, qu'à l'âge adulte et enfin les traitements avec résultat assuré s'ils sont bien conduits. Or, si la tuberculose représente toujours un fléau social en France, c'est par manque total de discipline à ces trois stades : prémunition par le BCG, dépistage et traitement.

Avant d'envisager les mesures officielles de prophylaxie, il convient de mettre en exergue un certain nombre de points :

a) - la tuberculose infection était une maladie inévitable avant la découverte du B.C.G. Le virage de cuti, témoignant du premier contact avec le bacille de KOCH, avait lieu inéluctablement chez tout sujet à l'âge scolaire ou plus tard.

b) - Le B.C.G. ne procure qu'une prémunition contre une réinfestation par un bacille virulent. Cette absence de protection absolument sûre et parfaite sert d'argument aux détracteurs, de mauvaise foi, pour prôner son inutilité. Certes, le B.C.G. n'assure pas une immunité absolue, surtout vis à vis d'un contage massif, mais ce n'est pas une raison suffisante pour en refuser le bénéfice à tous les écoliers dont la cuti est négative. Nous oserions dire que c'est justement un argument péremptoire pour diffuser cette vaccination le plus possible.

Lorsque l'on constate l'indiscipline des tuberculeux et leur refus fréquent de se soigner quoditiennement pendant un temps assez long, on est inquiet à la pensée qu'ils peuvent contaminer un enfant de leur entourage, voire un nourrisson, avec des bacilles résistants à toute thérapeutique.

c) - Les contre-indications vaccinales doivent là plus qu'ailleurs, être réduites au minimum. Par exemple, un écolier atteint d'un diabète bien équilibré doit absolument bénéficier de la protection par le B.C.G. si sa cuti est négative, car la tuberculose frappe ces sujets avec prédilection.

d) - Le B.C.G. est la seule vaccination que l'on peut réaliser quelques jours après la naissance.

L'atteinte d'un moment favorable expose l'écolier non prémuni à être contaminé.

Voici les mesures de prophylaxie prévues par la réglementation :

- Membres de tout le personnel de l'établissement d'enseignement :

Tous les membres du personnel d'un établissement d'enseignement (enseignant, administratif, surveillants et membres des services) doivent subir un examen radiologique pulmonaire avant leur entrée en fonction puis annuellement par la suite (arrêté du 25 septembre 1947, circulaire du 1er août 56).

Deux remarques sont intéressantes :

a) - La possibilité d'"échapper" à cet examen obligatoire soit par une absence soit par négligence.

b) - la radioscopie ne devrait plus servir au dépistage de la tuberculose pulmonaire, en dehors même des risques d'irradiation prolongée. La radiophotographie qui tend à la remplacer, possède en effet les avantages suivants :

- il n'y a aucun risque d'irradiation abusive,

- elle donne un document permettant la double lecture et la comparaison des clichés à plusieurs années d'intervalle.

- elle évite au maximum les erreurs de diagnostic en moins (le dépistage d'une miliaire est impossible en scopie).

Tout tuberculeux pulmonaire dépisté sera écarté de l'école.

Ce dépistage radiographique devrait pouvoir être pratiqué en cas de présomption de contagion, et au retour d'un congé de maladie supérieur à un mois.

- Enfants des écoles :

La prémunition par le B.C.G. est obligatoire pour :

- les enfants du premier ou du deuxième âge placé en dehors de leur famille (crèches, pouponnières, maisons maternelles).

- les enfants d'âge scolaire fréquentant les établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres (loi du 5 janvier 1950).

L'arrêté du 7 mai 1968, remplaçant l'article premier de l'arrêté du 4 novembre 1952, rappelle les très rares contre-indications définitives et temporaires qui ne concernent pratiquement aucun sujet d'âge scolaire, fréquentant effectivement l'école.

Tous les ans, les réactions tuberculiniques de chaque écolier seront vérifiées même s'il a bénéficié du B.C.G. Les réactions post-vaccinales sont faibles mais, si elles redevenaient négatives, on aurait alors intérêt à refaire le B.C.G., pour renforcer l'immunité.

Il est bon, après une maladie anergisante, comme la rougeole, de vérifier la cuti des écoliers atteints et prémunis auparavant par le B.C.G.

- Désinfection de la classe :

Désinfecter la classe est illusoire.

Il serait beaucoup plus utile de revacciner les écoliers dont les réactions tuberculiniques sont redevenues négatives et de prémunir les élèves dont les parents sont réfractaires ou négligents vis à vis du B.C.G. L'imminence d'un danger concret peut fléchir certains entêtements.

- Eviction des enfants vivant au foyer - Congé spécial du personnel enseignant :

Ni les enfants vivant au foyer d'un écolier tuberculeux ni les membres du corps enseignant dont un membre de leur famille est atteint de tuberculose, ne seront écartés de l'école : on leur pratiquera une radiographie pulmonaire pour s'assurer qu'ils n'ont pas été contaminés au contact de leur parent malade.

Lorsqu'un instituteur (ou un professeur) est atteint de tuberculose pulmonaire contagieuse, on en profite pour effectuer un dépistage radiographique chez tous les élèves de sa classe.

- Conseils aux parents :

Il est nécessaire de leur :

- démontrer l'extrême utilité du B.C.G. et surtout son absence de danger. Les très exceptionnels incidents vaccinaux ne peuvent être mis en balance avec les ravages provoqués par la tuberculose.

- prouver l'intérêt de pratiquer cette vaccination le plus tôt possible.

La loi prévoit l'obligation vaccinale mais aussi l'obligation de la fréquentation scolaire. Or, celle-ci est absolue. Un médecin d'établissement scolaire ne peut donc en aucun cas empêcher l'admission d'un écolier qui n'a pas reçu entre autres vaccinations obligatoires le BCG. Il ne pourra également pas, en vertu de l'obligation vaccinale, provoquer l'exclusion de ce même élève si, une fois admis, les parents s'opposent toujours à ce que leur enfant reçoive le BCG. Dans ce cas, des poursuites judiciaires sont prévues par la loi contre les parents réfractaires, nous l'avons déjà vu.

Si les centres de P.M.I. disposaient de moyens de pression efficace (avec primes supplémentaires au besoin) pour convaincre les parents du grand intérêt de faire le BCG à leurs enfants, il n'y aurait plus aucun problème à l'âge scolaire. Ces primes de vaccination seraient sûrement moins lourdes à supporter pour la société que les traitements contre la tuberculose.

Ce sont les différents médecins qui pourront informer les parents d'élèves, actuellement nourris d'idées erronnées à la fois sur le danger réel de la tuberculose, qu'ils croient complètement disparue en France et aussi sur l'inocuité et l'efficacité du BCG, qu'ils redoutent (ou refusent) sans raison bien précise.

D - AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

Les autres maladies infectieuses que nous allons maintenant passer en revue sont toutes évitables à l'heure actuelle. La totalité des mesures prophylactiques efficaces doit être mise en oeuvre pour lutter contre elle aussi bien à l'école que dans les colonies scolaires ou ailleurs.

1 - INFECTIONS TYPHO-PARATYPHOIDIQUES

La vaccination est une arme préventive très efficace contre les infections typho-paratyphoïdiques. Elle est obligatoire pour :

- les adolescents des camps de jeunesse (loi du 25 novembre 1940);

- les enfants des colonies de vacances en zone épidémique (arrêté ministériel du 11 mai 1949).

La mortalité de l'enfant par fièvre typhoïde est presque nulle. Pourtant, il existe un relâchement incontestable dans la pratique des vaccinations qui n'est, d'ailleurs pas toujours bien tolérée tant sur le plan général que local. Cette négligence dans la pratique de la vaccination n'a pas de grave répercussion sur la propagation de la maladie qui demeure rare. La typhoïde est curable grâce à l'antibiothérapie spécifique. Les contre indications vaccinales peuvent être larges car, dans ce cas précis, le vaccin est fréquemment très mal supporté. Ce risque n'est pas justifié, à l'heure actuelle.

La réglementation prévoit les mesures suivantes :

- Eviction de l'écolier malade :

L'écolier malade est écarté de l'école jusqu'au vingtième jour après la guérison clinique.

Ce délai peut être raccourci si le médecin traitant lui délivre un certificat médical attestant que deux coprocultures, pratiquées à huit jours d'intervalle, n'ont pas permis de mettre en évidence la présence de salmonelles.

En réalité, une fois guéri cliniquement, l'écolier devrait pouvoir reprendre la fréquentation scolaire car les antibiotiques ont fait disparaître de ses selles les bacilles typho-paratyphoïdiques.

Les éventuelles rechutes surviennent tardivement et, dans cette situation, l'écolier subirait de nouveau l'éviction scolaire jusqu'à guérison clinique.

La contagiosité directe n'est pas grande.

- Eviction des enfants vivant au foyer :

Après isolement de l'écolier malade, les enfants vivant au même foyer seront écartés de l'établissement scolaire fréquenté pendant vingt jours. Ce délai peut être réduit comme dans le cas précédent, selon les mêmes modalités.

La réglementation actuelle ne prévoit pas le cas des écoliers vaccinés par le T.A.B. qui n'ont plus aucune raison de manquer la classe. Cette mesure concernant l'éviction scolaire est sans fondement dans le cas présent et difficile à admettre, sans oublier qu'elle nuit aux écoliers protégés par la vaccination. Comment expliquerons-nous alors, qu'aucun texte officiel n'oblige les personnes manipulant des aliments au cours de leur travail, à le quitter si un cas de typhoïde survient dans leur foyer ? Il est donc impensable, à l'époque des antibiotiques, de priver des écoliers vaccinés de leur scolarité pendant une aussi longue période par une mesure illogique et inefficace.

- Congé spécial du personnel enseignant :

Aucune mesure n'est, en revanche, envisagée à propos de ce personnel, si un cas de typhoïde survient au foyer familial. Dans ce cas, cette absence de congé spécial est très logique, mais pourquoi existe-t-il alors une discrimination entre les écoliers vivant au foyer d'un malade et les enseignants placés dans les mêmes conditions et exposés au même risque de contagion ?

- Dépistage scolaire des formes frustes :

Ce dépistage serait intéressant s'il était réalisable en pratique.

- Désinfection des locaux :

La désinfection de la classe ne présente aucun intérêt. Celle des cuvettes W.C. est pratiquement inutile car les porteurs de germes les réinfectent aussitôt. Un nettoyage quotidien à l'eau javellisée, pendant longtemps serait nécessaire. Les écoliers devaient se laver

consciencieusement les mains après chaque défécation.

- Licenciement de la classe :

N'ayant aucun intérêt prophylactique, il doit être abandonné.

- Conduite à tenir dans la surveillance des cantines :

L'eau potable alimente la cantine et empêche ainsi toute infection d'origine hydrique.

Les aliments (beurre mal pasteurisé par exemple) ne peuvent être responsables dans les cantines.

Les huitres, cause d'infection persistante, ne sont pas consommées dans les cantines scolaires.

Ce sont surtout les légumes verts souillés qui sont responsables des contaminations dans les cantines scolaires. Evidemment on les consomme cuits. Désinfecte-t-on, après chaque épluchage les couteaux et les tabliers des cuisiniers? Les employés de cuisine prennent-ils toujours des précautions élémentaires d'hygiène après défécation ? Ils contamineront ainsi d'autres aliments comme le pain par exemple.

Lorsqu'une épidémie d'infection typho-paratyphoïdique survient dans un établissement scolaire, on découvre souvent plusieurs porteurs de germes parmi le personnel des cuisines. Certaines considérations jettent des doutes sur la responsabilité du porteur de germes dans l'épidémie :

- la vaccination est obligatoire pour cette catégorie de personnel (loi du 27 juillet 1948). Même si celle-ci était faite correctement elle n'empêcherait pas les sujets de dévenir porteurs de germes.

- le porteur sain a pu être infecté en même temps que les écoliers et la maladie est passée inaperçue chez lui : il existe, en effet des formes légères ou inapparentes. Cette explication est valable également lorsque l'on constate qu'il y a plusieurs porteurs de germes à la cantine.

- Conduite à tenir officielle vis à vis d'une épidémie d'infection typho-paratyphoïdique à la cantine :

On doit écarter les porteurs de germes parmi le personnel de la cantine,

- On doit imposer :

. le lavage consciencieux des mains et le brossage des ongles après chaque défécation.

. la suppression de tout aliment suspect.

. faire une injection de rappel aux sujets vaccinés.

Il faut éviter la fermeture de la cantine ou, du moins pendant un temps court.

- Colonies scolaires :

Contrairement aux maladies à transmission rhino-pharyngée, les infections typho-paratyphoïdiques ont un maximum estivo-automnal. Elles sont, pour cette raison, plus fréquentes dans les colonies scolaires que les infections à transmission directe. Les conditions d'hygiène parfois défavorables dans les colonies de vacances favorisent la survenue éventuelle de la typhoïde. On prendra alors les mêmes décisions qu'à l'école et on évitera de licencier la colonie.

2 - DYSENTERIES

Rares sous nos climats, les dysenteries nécessitent les mêmes mesures prophylactiques que celles envisagées à propos des infections typho-paratyphoïdiques car elles font également partie du péril fécal.

∝- Dysenterie bacillaire :

La dysenterie bacillaire est beaucoup plus contagieuse que la fièvre typhoïde et la dysenterie amibienne.

Voici les mesures réglementaires envisagées :

- Eviction de l'écolier malade :

L'écolier malade ne pourra retourner à l'école que vingt jours après la guérison clinique.

Les antibiotiques et les sulfamides très actifs contre les bacilles dysentériques pourraient amener à raccourcir ce délai, mais la réglementation actuelle ne le prévoit pas.

- Eviction des enfants vivant au foyer :

Les enfants vivant au foyer doivent être écartés de l'école pendant quinze jours.

Dans ce cas, deux coprocultures négatives à huit jours d'intervalle permettent de réduire l'absence scolaire.

- Congé spécial du personnel enseignant :

La réglementation ne prévoit pas de congé spécial pour les membres du personnel enseignant lorsqu'un cas de dysenterie survient au foyer familial.

Il y a encore discrimination entre les enseignants et les enfants vivant au foyer exposés pourtant aux mêmes risques de contagion.

- Désinfection des W.C.

Une désinfection unique des W.C. est parfaitement inutile.

Il faudrait :

- désinfecter quotidiennement à l'eau javellisée, les cuvettes de W.C. pendant longtemps,

- faire laver consciencieusement les mains aux écoliers après chaque défécation,

- lutter efficacement contre les mouches.

- Cantines et colonies scolaires :

Une surveillance de la cantine scolaire s'impose, en cas d'épidémie de dysenterie bacillaire.

En colonie de vacances, il faut adopter la même attitude prophylactique qu'envers la fièvre typhoïde.

La sulfamido-prévention des écoliers en contact avec d'autres atteints de dysenterie renforce ces mesures imparfaitement suivies.

β- Dysenterie amibienne :

Les mesures officielles à envisager sont les suivantes :

- éviction de l'écolier malade jusqu'au quinzième jour après la guérison clinique,

- pas d'éviction des enfants vivant au foyer d'un écolier atteint d'amibiase,

- pour la cantine et les WC, on prendra les mêmes décisions que précédemment ainsi que pour les colonies scolaires .

3 - VARIOLE

Fléau avant la découverte de JENNER, la variole est non seulement une maladie actuellement très évitable mais aussi une infection en voie d'éradication grâce à la généralisation de l'inoculation vaccinale.

Un rappel de la vaccination obligatoire doit avoir lieu, à l'âge scolaire dans le courant de la onzième année (loi de 1902).

La réglementation prévoir les mesures suivantes :

- Eviction de l'écolier malade :

L'écolier malade est placé en quarantaine à l'hôpital, dès le début de lamaladie.

La réadmission à l'école, quarante jours plus tard, sera subordonnée à l'absence de toute croûte sur le corps de l'écolier. La contagiosité de cette maladie est, en effet, extrême tant que l'écolier est porteur de croutes.

- Eviction des enfants vivant au foyer :

Les enfants en contact avec un écolier varioleux seront écartés de l'école pendant quinze jours à dater de l'hospitalisation d'office du malade. L'isolement du varioleux doit avoir lieu à l'hôpital comme c'est expressément prévu par le réglement à propos de chaque maladie quarantenaire.

L'éviction des enfants vivant au foyer a lieu même en cas de vaccination (ou de revaccination) avec succès depuis moins de trois ans : cette mesure date de juillet 1964. Elle est sévère car une vaccination avec succès, récente, protège correctement.

En cas d'épidémie, une décision préfectorale ordonne la revaccination de tout le monde, écoliers compris, ce qui renforce encore l'immunité acquise depuis moins de trois ans.

- Congé spécial du personnel enseignant :

Les membres du personnel enseignant subiront une éviction de quinze jours également à dater de l'isolement à l'hôpital du varioleux vivant au foyer.

- Désinfection de la classe :

Elle est obligatoire et doit être effectuée.

- Licenciement de la classe :

On n'envisagera pas de licencier une classe ou survient un cas de variole car les écoliers sont en général peu réceptifs étant donné qu'ils ont, pour la plupart été immunisés assez récemment. Les écoliers réceptifs seraient d'ailleurs déjà contaminés.

La mesure essentielle dans une telle situation est la revaccination d'urgence de tous les écoliers. Les contre indications doivent être très sévèrement réduites au minimum dans l'intérêt même des enfants.

"Un eczémateux guéri peut fort bien recevoir la vaccine" rappelle le Professeur MANDE. On en profitera donc pour vacciner les écoliers qui n'auraient pas encore bénéficié de cette protection par exemple à cause d'un eczéma, à condition qu'ils ne soient pas enpoussée à ce moment là.

La vaccination et la revaccination doivent être conseillées d'urgence dans les familles d'enfants réceptifs qu'ils soient ou non d'âge scolaire.

5 - IMPETIGOS - PYODERMITES

La réglementation a dû prévoir récemment l'éviction des écoliers atteints de pyodermites ou d'impétigo car les mesures d'hygiène laissaient jusqu'alors à désirer en pareil cas.

Les lésions cutanées de ces deux infections sont très contagieuses. Il n'empêche qu'un traitement général et local (pommades antiseptiques, pansements hermétiques et bien confectionnés) bien conduit devrait éviter que l'écolier atteint ne soit pas écarté de l'école.

Mais les négligences sont nombreuses et les soins corporels élémentaires, peu à l'honneur. Le fait d'écarter de l'école ces enfants, oblige les parents insouciants et négligents à les traiter correctement.

Un point particulier mérite d'être souligné : il faut traiter, en même temps tous les enfants atteints vivant au foyer pour éviter les recontaminations mutuelles qui ne manqueraient pas de se produire.

En colonies scolaires, l'assistant sanitaire appliquera les mêmes mêmes mesures qu'à l'école et exécutera les soins nécessaires.

5 - PEDICULOSE

Cette affection persiste encore dans certains quartiers défavorisés.

D'après la législation, il faut :

- saupoudrer la tête, les vêtements et la literie des écoliers avec du D.D.T. ou du H.C.H. à deux reprises à quelques jours d'intervalle,

- traiter de cette façon toute la famille en même temps.

Un service d'épouillage fonctionne encore à la demande des directeurs d'école.

L'éviction scolaire n'est pas envisagée par le réglement. Pourtant une telle mesure psychologique serait très intéressante dans le cas présent : les parents seraient ainsi invités de façon brutale à réfléchir et à faire le nécessaire. La pédiculose est une des rares affections de l'âge scolaire contre laquelle une mesure psychologique serait vivement nécessaire.

6 - RICKETTSIOSES

On a reproché souvent à Napoléon d'avoir rendu la France exangue par des batailles meurtrières. On passe ainsi complètement sous silence les ravages provoqués par le typhus exanthématique en Russie par exemple, qui a anéanti la Grande Armée plus sûrement que le froid et et les cosaques réunis.

Actuellement la lutte contre les rickettioses est beaucoup plus aisée grâce au D.D.T. et aux antibiotiques très actifs contre les rickettsies. Ces maladies ont complètement disparu sous nos climats.

La loi impose l'éviction de l'écolier malade jusqu'à la guérison clinique sans empêcher les enfants vivant au foyer de continuer à fréquenter l'école à condition d'être épouillés.

7 - GALE ET TEIGNES

A propos de ces deux maladies, la réglementation prévoit l'éviction scolaire jusqu'à la guérison clinique pour les écoliers atteints.

Les enfants vivant au foyer pourront continuer à fréquenter l'école ou leur établissement d'enseignement.

Il faudra :

- traiter simultanément les cas douteux de gâle,

- surveiller les écoliers en contact avec les teigneux.

De plus les parents dont un enfant a été atteint par des teignes, devront obligatoirement fournir un certificat médical attestant que deux examens microscopiques du cuir chevelu, pratiqués à quinze jours d'intervalle, n'ont pas mis en évidence de parasite.

8 - VULVO-VAGINITE

La fillette atteinte sera écartée de l'école jusqu'à guérison.

9 - LEPTOSPIROSES

L'écolier malade sera écarté de l'école jusqu'à guérison clinique.

Il faut surveiller l'hygiène des baignades et détruire les rats dans les écoles, de façon à prévenir la survenue de ces maladies rares.

10 - BRUCELLOSES

L'écolier malade subira l'éviction scolaire jusqu'à la guérison clinique.

La consommation du fromage de chèvre frais est interdite par la loi dans les cantines scolaires pour éviter les brucelloses.

11 - TRACHOME

L'écolier malade sera écarté de l'établissement scolaire jusqu'à la guérison clinique qui est difficilement appréciable.

Cette redoutable maladie est responsable d'un nombre considérable de cécités, dans le monde sous d'autres latitudes que les nôtres.

oOo

CONCLUSION

La prophylaxie des maladies contagieuses dans les Etablissements d'Enseignement semble être pour certains la partie de l'Hygiène scolaire qui a le moins varié. En réalité, il n'en est rien.

La découverte des sulfamides, puis des antibiotiques fungiques a non seulement diminué considérablement la gravité de certaines maladies contagieuses, comme la fièvre typhoïde et la scarlatine, mais a permis de faire cesser rapidement dans de très nombreux cas, la contagiosité des malades et des porteurs de germes.

La mise au point et la généralisation des vaccins efficaces dont le dernier est la vaccin anti poliomyélitique, ont permis l'effondrement des maladies jadis redoutées comme la diphtérie et la poliomyélite.

Une notion doit entrer en ligne de compte c'est celle des maladies inévitables. On se bornait jadis à dire qu'à l'âge scolaire aucune mesure prophylactique ne devait être prise en cas de rougeole, de coqueluche, d'oreillons et de rubéole. On sait maintenant que de nombreuses infections sont inévitables au cours d'une vie normale. Il est préférable que certaines d'entre elles, tant qu'il n'existe pas de vaccin, soient contractées à l'âge scolaire alors qu'on a une notion de contagion qui permet de dépister aisément les formes atténuées. Dans bien des cas d'infections inévitables à l'âge scolaire on ne doit donc plus, comme jadis s'èfforcer de faire une prophylaxie systématique, il convient seulement d'éviter les complications.

La prévention des maladies contagieuses a varié aussi fortement que la thérapeutique. C'est pourquoi la réglementation, concernant notamment les évictions scolaires se modifie-t-elle rapidement. La dernière a été établie en juillet 1964 et d'importantes retouches sont proposées aujourd'hui.

Le but à atteindre est d'éviter les évictions inutiles ou excessives tant pour l'écolier malade que pour les enfants vivant au foyer.

Dans les maladies infectieuses devenues maintenant bénignes, comme la scarlatine, surtout lorsqu'elles paraissent inévitables, il convient de limiter dans la réglementation future les exigences prophylactiques.

Enfin, il sera bon de supprimer presque toutes les mesures de désinfections de la classe et des W.C. car elles donnent une fausse sécurité et n'interviennent pratiquement pas dans la prevention des maladies contagieuses.

Cette prévention doit être axée de plus en plus sur la vaccination.

oOo

Vu le Président de Thèse

Pr. J. BOYER

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE - SOMMAIRE

1 - ACAR J.F.

Les "oreillons"
Revue du praticien, Tome XVI, n°9, 21 mars 1966, p.1181

2 - de BERRANGER P., MAINARD R., BRELET G.

"Vaccination anti-coquelucheuse"
Médecine infantile 2 février 1969, p.131

3 - BOISSIERE H.

"Une prophylaxie efficace : la vaccination anti-diphtérique"
Concours médical, 25 janvier 1969, p.659

4 - BOYER J.

"Précis d'hygiène et de médecine préventive"
1 volume, 1967, 4e édition, Baillière Editeurs.

5 - BOYER J., BLANCHER G., TABARY J.C., AUREGAN H.

"Guide pratique d'hygiène et de médecine préventive scolaires et universitaires"
Baillère éditions 1968, 1 volume

6 - BOYER J., PLACIDI L., COLBERT J., DARDEL J.P.

Acquisitions récentes dans l'épidémiologie et la prophylaxie de l'hépatite à virus A.
Bulletin de l'Académie de Médecine 26 juin 1962

7 - BOYER J., BLANCHER G., de LAUTURE H.

"Sur le mode habituel de propagation de la poliomyélite : la transmission indirecte".
Presse Médicale 22 octobre 1966, n°2255

8 - BOYER J. et coll.

Une conséquence des progrès de l'hygiène. La raréfaction considérable et progressive des germes pathogènes responsable des infections à transmissions indirectes.
Sem. Hop. 43e année, 20 avril 1967, p.1247

9 - BURI J.F.

" La vaccination anti-poliomyélitique par voie orale"
Revue du Praticien 1er avril 1967, p.1519

10 - DARNAUD, ARMANGAUD

"Aspects épidémiologiques et cliniques des affections dues au streptocoque beta hémolytique du groupe A".
Gazette Médicale de France, 1er décembre 1967

11 - GRISLAIN J.R., de BARRANGER P., BRELET G.

Vaccination anti-poliomyélitique p.115

Vaccination par le BCG, p.101

Vaccination contre la rubéole, p.149

Vaccination contre les oreillons p.155

Médecine infantile 2 février 1969

12 - MANDE R., COHEN SOLAL J., HERRAULT A.

"Vaccination contre la rougeole"
Immex. Janvier 66, p.61

13 - MANDE R.

"Les nouvelles vaccinations contre les maladies virales"
Journées parisiennes de pédiatrie 1967, p.145-147

14 - MANDE R. et coll.

"Actualités sur la scarlatine"
Immex. Janvier 1966

15 - MOZZICONACCI et coll.

"Etudes sur l'infection latente par le streptocoque du groupe A au cours du premier âge"
Annales de Pédiatrie 2 mai 1966

16 - ROBERT A., DUBAS H.

"L'hygiène scolaire et universitaire"
1964, 1 volume, Masson Editeur

17 - THEROND Cl., MANDE R.

"Le problème de la vaccination des enfants allergiques"
Immex. Janvier 1966

oOo